

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIANA RODRIGUES DA ROCHA

**LETRAMENTO EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

PICOS - PIAUÍ
2018

MARIANA RODRIGUES DA ROCHA

**LETRAMENTO EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito necessário para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva.

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

R6721 Rocha, Mariana Rodrigues da
Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2 / Mariana Rodrigues da Rocha – 2018.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (71 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Dr.a Ana Roberta Vilarouca da Silva.

1. Alfabetização em Saúde. 2. Adesão à Medicação. 3. Diabetes Mellitus. I. Título.

CDD 616.462

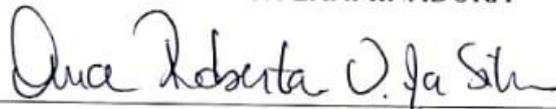
MARIANA RODRIGUES DA ROCHA

**LETRAMENTO EM SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvidio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 14/06/2018

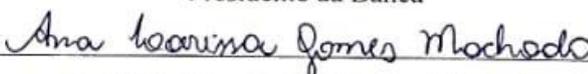
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

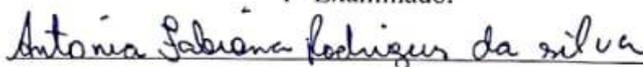
Presidente da Banca



Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes Machado

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

1º Examinador



Enf. Mestranda. Antonia Fabiana Rodrigues da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI

2º Examinador

Dedico esse trabalho primeiramente ao Senhor e Salvador da minha vida, **Jesus Cristo**, que é o autor e consumidor da fé que me coloca de pé todos os dias e que me faz acreditar que tudo é possível, através da vontade Dele. A minha **mãe**, minha guerreira, por não medir esforços para que esse sonho se tornasse realidade. E aos meus **irmãos**, por todo cuidado e incentivo ao longo dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Depois de todo o trabalho concluído, paro para escrever esse tópico, que segundo a ABNT é opcional, e por achar tão difícil escrevê-lo, cheguei a pensar em não o incluir, mas ao mesmo tempo reflito e penso, “Como não escrevê-lo? Tenho que pelo menos tentar agradecer as tantas pessoas que passaram na minha vida e que me ajudaram de forma direta ou indiretamente para a conclusão desse sonho”. Dessa forma, venho agradecer a cada um que se fizeram presente ao longo dessa caminhada.

Agradeço ao meu bom **Deus**, meu Pai, por me amar de tal forma, que mesmo eu não mereço sempre esteve e permanece ao meu lado, me abençoando, protegendo e guiando meus passos pelos caminhos corretos. Graças te dou meu Senhor, pois sem a Tua presença eu nada sou, e nada conseguiria sem a sua graça e misericórdia.

Agradeço imensamente à minha mãe/pai, **Maria da Solidade**, a qual não tenho palavras para descrevê-la, pois ela é a minha rainha, a mulher mais guerreira que eu conheço, dedicada, amorosa, cuidadora, sábia, mulher de grande fé e que me inspira a cada dia ser uma pessoa melhor e do bem. Minha mãe, meu muito obrigada por não medir esforços para tornar os sonhos de seus filhos realidade. Serei eternamente grata a Deus pela mãe que Ele me deu.

Ao meu padrasto, **Adailton**, por me adotar como uma verdadeira filha, sempre me incentivando, orientando e acreditando no meu potencial.

A minha querida e amada **vovó Constância**, minha segunda mãe, agradeço por todo amor, carinho, ensinamentos e sabedoria compartilhada, muito que sou, eu devo a ti, e por isso não me canso de te agradecer por ter cuidado tão bem de mim e meus irmãos, principalmente nos momentos de ausência da minha mãe, quando ela estava batalhando para ganhar nosso pão de cada dia.

A minha irmã, **Maura Géssica**, meu exemplo de vida acadêmica e profissional, pessoa de coração enorme e de tanta bondade, meu muito obrigada por sempre me incentivar, ensinar, cuidar e não medir esforços para me ajudar em tudo que precisei. E também ao meu irmão, **Mauro Henrique**, por todo carinho e incentivo. Muito obrigada, amo muito vocês.

A minha madrinha **Francisca Maria**, ao meu querido primo **Chaguinha** e os **seus filhos**, meu muito obrigada por todo carinho, cuidado, incentivo e os momentos de alegria. Amo vocês.

Aos **meus tios e demais familiares**, pela torcida e por sempre acreditarem na conclusão desse sonho.

A todos os **mestres** que contribuíram para minha formação, com os muitos ensinamentos compartilhados, meu muito obrigada!

A todos da **UBS Boa Vista**, em especial a **enfermeira Daniela** e minha amiga **Mariana Fontes**, por todo companheirismo, dedicação e ensinamentos compartilhados durante o estágio curricular II. Vocês são pessoas que levarei para toda minha vida.

À **família GPeSC-Doenças Crônicas não Transmissíveis**, que me acolheram com tanto carinho, e me deram a oportunidade de conhecer e praticar a pesquisa e a extensão, tornando possível assim a vivência de experiências incríveis, que só enriqueceram a minha construção como futura profissional da saúde.

Agradeço a todos que tiveram presentes na nossa coleta e que nos ajudaram para que esse trabalho fosse finalizado, especialmente a **professora Ionara**, por disponibilidade e paciência para elaboração dos tão esperados resultados.

Agradeço também as minhas “**eternas bolsistas**”, **Mayla, Ana Míria, Isa, Kadija, Fabiana, Aparecida e Thaís Fernanda**, por toda amizade, companheirismo, disponibilidade, e momentos de alegria que vivemos. Amo vocês.

Em especial agradeço a minha querida orientadora, **Ana Roberta**, por ser um exemplo de dedicação, competência, compromisso, liderança e sabedoria. Muito obrigada por cada ensinamento, confiança e oportunidade que me deste ao longo de todo esse tempo que tenho passado no GPeSC como “**eterna bolsista**”. Louvo e agradeço a Deus por sua vida!

A minha banca examinadora, **Profa. Ana Larissa, Fabiana e Sarah**, por aceitação do convite para avaliar e contribuir na conclusão do meu trabalho.

À minha **turma de enfermagem**, por cada momento de aprendizagem compartilhados, pelos momentos de alegria, companheirismo e amizade. Foi um grande prazer conhecê-los.

Aos meus queridos amigos que Deus me deu desde o início do curso, **Elisa, Lisandra, Sinderlândia** e o meu namorado **Hiugo**, pela amizade, carinho, companheirismo, momentos de alegria, dificuldades enfrentadas juntos, conhecimentos divididos, enfim por tudo que vivemos juntos, meu muito obrigada! Amo por demais vocês!

Aos meus queridos irmãos do Ap. 101, **Jussara, Henrique, Rayla, Maura, Aparecida, Amanda**, e as novas adotadas **Alissandra e Anielly**, meu muito obrigada pela amizade e por serem um refúgio de companheirismo e alegria nos momentos que mais precisei.

Enfim, só tenho a agradecer a Deus pela vida de cada pessoa que que contribuíram e tornaram esses quatro anos mais especiais.

A todos vocês, meu muito obrigada!

“Suba o primeiro degrau com fé. Você não tem que ver toda a escada. Você só precisa dar o primeiro passo.”

(Martin Luther King Jr.)

RESUMO

O letramento em saúde significa a capacidade que a pessoa tem em obter, processar e compreender as informações em saúde. Nesse sentido o letramento em saúde inadequado pode causar efeitos diretos na adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Dessa forma, objetiva-se avaliar a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado com 78 usuários com diabetes mellitus tipo 2, cadastrados e acompanhados em cinco Estratégias Saúde da Família da cidade de Picos-Piauí. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um formulário, referente aos dados sociodemográficos. O segundo instrumento foi *Short Test of Functional Health Literacy in Adults*, que avalia o nível de letramento em saúde. O terceiro instrumento foi a versão brasileira da Medida de Adesão aos Tratamentos, o qual é utilizado para avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos prescritos. Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2018. Após a coleta, os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva e analítica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, conforme parecer n. 2.429.535. Os resultados apontaram predominância do sexo feminino (71,8%), na faixa etária de 50 a 69 anos (61,5%), pardos (56,4%), casados ou em união estável (66,7%), com anos de estudo de 0 a 9 anos (52,6%), frequentaram escolas de ensino público (82,0%), aposentados (52,6%), com hábito de ler pelo menos uma fonte textual (65,4%), renda mensal maior que um salário a três salários mínimos (47,4%), classe econômica C2 (21,8%). Evidenciou-se que 87,2% dos pacientes são aderentes à terapêutica medicamentosa e 51,3% mostrou-se com o nível de letramento em saúde inadequado. Houve associação entre as médias do letramento em saúde com as variáveis, faixa etária ($p=0,002$), estado civil ($p=0,024$), anos de estudo ($p=0,000$), tipo de escola frequentada ($p=0,003$), situação laboral ($p=0,014$), e adesão ao tratamento medicamentoso ($p=0,025$), revelando que os pacientes que apresentam um inadequado letramento em saúde, possuem uma adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso. Assim, conclui-se que o estudo é de fundamental importância para os profissionais de saúde, e em especial para os enfermeiros, uma vez que possibilita conhecer o perfil dos usuários com diabetes e promover ações que estimulem sua participação no tratamento a partir das necessidades educativas apresentadas e seu nível de compreensão e adesão às orientações terapêuticas.

Palavras-chave: Alfabetização em Saúde. Adesão à Medicação. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Health literacy means the person's ability to obtain, process and understand health information. In this sense inadequate health literacy can cause direct effects on adherence to drug treatment of people with diabetes mellitus type 2. In this way, it is objective to evaluate the association between literacy in health and adherence to drug treatment in people with type 2 diabetes mellitus. It is an analytical study, transversal, with quantitative approach, which was carried out with 78 users with diabetes mellitus type 2, registered and accompanied in five health strategies of the family of the city of Picos-Piauí. Three instruments were used for data collection: a form, referring to the sociodemographic data. The second instrument was Short Test of Functional Health Literacy in adults, which evaluates the level of literacy in health. The third instrument was the Brazilian version of the measure of adherence to the treatments, which is used to evaluate the behavior of the patient in relation to the daily use of prescribed drugs. The data were collected in the period from February to April 2018. After the collection, the data was analyzed using descriptive and analytical statistics. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí, as it appears n. 2,429,535. The results pointed to female predominance (71.8%), in the age range of 50 to 69 years (61.5%), Browns (56.4%), married or in stable union (66.7%), with years of study from 0 to 9 years (52.6%), attended public schools (82.0%), retired (52.6%) , with a habit of reading at least one textual source (65.4%), monthly income greater than a salary of three minimum wages (47.4%), economic class C2 (21.8%). It was evidenced that 87.2% of patients are adhering to drug therapy and 51.3% showed up with the level of literacy in inadequate health. There was association between the averages of the literacy in health with the variables, age group ($p = 0,002$), marital status ($P = 0,024$), Years of study ($P = 0,000$), type of school attended ($p = 0,003$), labor situation ($P = 0,014$), and adherence to drug treatment ($P = 0,025$) , revealing that patients presenting an inadequate health literacy, have a satisfactory adherence to drug treatment. Thus, it is concluded that the study is of fundamental importance for the health professionals, and especially for the nurses, since it allows to know the profile of the users with diabetes and promote actions that encourage their participation in the treatment from Of the educational needs presented and their level of understanding and adherence to the therapeutic guidelines.

Key words: Literacy in health. adherence to medication. Diabetes Mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Pontos de corte para Classificação Econômica no Brasil (2016)	28
Quadro 2	Pontos de cortes do critério Brasil (2016)	28
Gráfico 1	Nível de Letramento em Saúde dos usuários diabéticos. Picos – PI, 2018. (N=78).	34
Gráfico 2	Correlação entre a pontuação geral de Letramento em Saúde e os itens de compreensão de leitura e numeramento, Picos-PI, 2018. (N=78).	34
Gráfico 3	Gráfico 3 - Nível de adesão ao tratamento medicamentoso em adultos diabéticos. Picos-PI, 2018. (N=78).	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estratificação da amostra. Picos-PI, 2018.	26
Tabela 2	Caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas. Picos-PI, 2018. (N=78).	32
Tabela 3	Valores de média e desvio-padrão obtidos para cada uma das questões do questionário Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Picos – PI, 2018. (N=78).	35
Tabela 4	Comparação entre letramento em saúde com o nível de adesão à terapêutica medicamentosa. Picos – PI, 2018. (N=78).	37
Tabela 5	Associação entre letramento em saúde e os dados sociodemográficos. Picos – PI, 2018. (N=78).	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileiras de Empresas de Pesquisa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IOM	Institute of Medicine
LS	Letramento em Saúde
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
S-TOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy in Adults
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
TTG	Teste de Tolerância à Glicose
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
WHCA	World Health Communication Associates
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Diabetes Mellitus Tipo 2	18
3.2	Adesão ao Tratamento Medicamentoso	20
3.3	Letramento em Saúde: Conceitos, Importância e Avaliação	22
4	MÉTODOS	25
4.1	Tipo de Estudo	25
4.2	Local e período de realização do estudo	25
4.3	População e amostra	25
4.3.1	Critérios de Inclusão	26
4.3.2	Critérios de exclusão	27
4.4	Variáveis do Estudo	27
4.5	Instrumentos de coleta de dados	29
4.6	Coleta de dados	30
4.7	Análise dos dados	30
4.8	Aspectos Éticos	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	40
7	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	54
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	55
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
	ANEXOS	60
	ANEXO A – S-TOFHLA (PARKER et al., 1995)	61
	ANEXO B – MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO – MAT	66
	ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	67
	ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	68

1 INTRODUÇÃO

Letramento em Saúde (LS) significa a capacidade que a pessoa tem em obter, processar e compreender as informações em saúde e os serviços básicos que lhes são repassados para auxiliar nas ações de autocuidado. Ao longo dos anos o termo letramento em saúde tem surgido no Brasil, visto como determinante para o processo de saúde-doença, nesse sentido as pessoas que apresentam um adequado letramento em saúde possuem habilidades básicas de leitura, escrita e de numeramento, que influenciam diretamente na participação do paciente em seu plano de cuidados, desde o planejamento à avaliação dos resultados das ações terapêuticas elaboradas (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

O nível de letramento de uma pessoa pode determinar a sua situação econômica, social, cultural, política e de saúde, por isso ao longo dos anos a sociedade tem sido cada dia mais cobrada a buscar conhecimento e incorporar as novas metodologias de aprendizagem para que consigam alcançar e compreender as diversas formas de informações que estão disponíveis. Assim, o LS tem determinado a qualidade de vida da sociedade no que se refere à promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças, e além disso direciona na compreensão das informações para a realização dos cuidados adequados em saúde.

Segundo Santos e Portella (2016), o LS é considerado como um fator determinante para a promoção da saúde, uma vez que diversos aspectos e atributos estão associados, tais como: habilidades; capacidade; cognição; competências pessoais; tomada de decisões, compreensão, controle e redução de riscos em saúde; capacidade de ler, de processar as informações em saúde; promover, manter e melhorar a saúde no curso da vida e na interação com o sistema de saúde; se manter saudável; realizar operações aritméticas que dizem respeito ao controle de medicamentos, horários e dispositivos utilizados no tratamento de alguns agravos a saúde.

Estudos apontam que o baixo LS pode contribuir para o aparecimento e o agravamento de diversas doenças crônicas como, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. No Brasil, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se constituem como um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Dessa forma, o conhecimento da capacidade de compreensão das informações para a manutenção do estado de saúde é altamente significativo e importante para que as pessoas recebam instruções que efetivamente possam ser colocadas em prática (MALTA et al., 2015; SAMPAIO et al., 2015).

Dentre estas DCNT destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), que é definido como um grupo de doenças metabólicas que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Sua relevância está ligada a série de comorbidades que podem acometer o indivíduo que convive com esta doença, como por exemplo: nefropatias, retinopatias, neuropatias periféricas, cardiopatias, dentre outras. O DM é dividido segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA) em quatro classes clínicas: DM1, DM2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional, dentre essas classes o DM2 é o mais prevalente, sendo encontrado em 90 a 95 % dos casos e caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose (SBD, 2017).

Por se tratar de uma doença crônica o tratamento do DM2 objetiva o controle e a prevenção de complicações, deste modo, na perspectiva do paciente e do profissional de saúde esse tratamento é considerado complexo e de difícil realização, pois envolve não somente a adesão ao uso diário de medicamentos, mas a elaboração de um plano de cuidados integral e contínuo que envolve a articulação de uma equipe multiprofissional e participação ativa do usuário.

Para o cuidado eficaz do diabetes, é necessário que uma série de habilidades e conhecimentos sejam desenvolvidos pela pessoa com DM para o sucesso do tratamento. Visto que o autocuidado nesta doença é mais desafiador do que em qualquer outra DCNT, pois requer a realização de monitorização da glicose no sangue, gerenciamento de medicamentos, mudanças de hábitos alimentares e atividade física (SAMPAIO et al., 2015).

Nesse sentido o letramento em saúde inadequado pode causar efeitos diretos na adesão ao tratamento de pacientes com DM2, ocasionando falhas pelo uso irracional de medicamentos e conseqüente agravo no processo patológico. O impacto do baixo LS na adesão é tão significativo que, nos Estados Unidos da América, o Conselho Nacional de Informação ao Paciente e Educação o identificou como uma das 10 prioridades para melhorar a adesão aos medicamentos (MARTINS et al., 2017).

Segundo Maragno e Luiz (2016), as pesquisas no Brasil sobre LS são mais recentes, sendo as primeiras realizadas no final dos anos 2000. Este fato pode explicar a ausência de publicações brasileiras sobre a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso. Visto isso, o presente estudo torna-se inovador, por buscar responder o seguinte questionamento: Qual a associação entre o LS e a adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com DM2?

O baixo nível de letramento em saúde das pessoas pode implicar em menor adesão aos tratamentos de saúde, isso porque esta inadequação faz com que informações repassadas e ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais, não alcancem o público de forma satisfatória e resolutiva como o planejado. Assim justifica-se a importância do conhecimento do nível de letramento em saúde dos pacientes para que os enfermeiros e demais profissionais de saúde possam desenvolver atividades educativas, com linguagem acessível ao público alvo, para melhorar a adesão a terapêutica medicamentosa, e além disso, para que novas políticas públicas sejam criadas, proporcionando assim um cuidado equânime, integralizado e de qualidade.

Diante disso, evidencia-se a importância do profissional de enfermagem na prática de cuidados as pessoas com DM2 na Estratégia Saúde da Família (ESF), principalmente no que tange ao fornecimento de informações e orientações quanto à realização de atividades físicas, adesão a uma alimentação saudável, bem como a ingestão e/ou aplicação correta dos medicamentos, dessa forma é relevante que esses profissionais conheçam o nível de LS desses usuários, para possibilitar a realização de estratégias educativas que facilitem a promoção do autocuidado e a responsabilidade dos mesmos com o tratamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra a ser estudada quanto as variáveis sociodemográficas;
- Descrever os níveis de letramento em saúde e adesão à terapêutica medicamentosa da amostra;
- Relacionar o letramento em saúde com o nível de adesão à terapêutica medicamentosa;
- Avaliar a associação entre letramento em saúde e os dados sociodemográficos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo será dividido em três subtópicos, sendo eles: Diabetes Mellitus Tipo 2, Adesão ao Tratamento Medicamentoso, Letramento em Saúde: Conceitos, importância e avaliação. Com isso, foi realizado um levantamento bibliográfico conceitos, resultados, questionamentos e conclusões pertinentes para o trabalho, baseadas na problemática em questão.

3.1 Diabetes Mellitus Tipo 2

As DCNT representam uma importante causa de morbimortalidade no mundo. Dentre as DCNT, o diabetes mellitus tipo 2 é considerado uma epidemia e corresponde a aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes, considerado um problema relevante de saúde pública. Estimativas indicam que no ano de 2010, 285 milhões de indivíduos com mais de 20 anos viviam com diabetes no mundo e em 2030 esse número pode chegar a 439 milhões. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, o Brasil ocupa a quarta posição entre os países com o maior número de diabéticos, cerca de 11,9 milhões em 2013 (IDF, 2013; SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010; BERTOLDI et al., 2013).

O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida dos pacientes. O DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (SBD, 2017; WHO, 1999).

Essa doença está associada à dislipidemia, eventos cardiovasculares e cerebrais, na qual muitas vezes o usuário tem dificuldade de aceitar a doença devido ao estigma de amputações, perda da visão e outras complicações, bem como a necessidade de mudar o estilo de vida (alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo, uso moderado de álcool) e aderir ao tratamento medicamentoso (insulinoterapia, hipoglicemiantes) (LIMA, 2014).

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, que inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SBD, 2017).

Em relação ao DM2, o mesmo é responsável por 90-95% dos casos, anteriormente era conhecido como DM não-insulinodependente. Os pacientes com essa patologia apresentam uma deficiência insulínica relativa, geralmente associada a uma resistência periférica ao

hormônio insulina, além de uma má regulação do metabolismo hepático da glicose. A causa do DM2 também envolve fatores genéticos e ambientais, podendo ser diagnosticado em qualquer faixa etária, porém é um diagnóstico mais comum a partir dos 40 anos (SBD, 2017; ADA, 2017).

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. No DM tipo 2, o início é insidioso e muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas, e o diagnóstico baseia-se na detecção da hiperglicemia, através da utilização de quatro tipos de exames: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (BRASIL, 2013).

O tratamento do DM2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma dieta saudável, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Além do tratamento não farmacológico, o tratamento do DM2 em geral é complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. Existe também os casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com dose fracionada e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia), são em geral acompanhados pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013).

A adesão desde o início do tratamento do DM2 é de grande importância para o controle e prevenção de comorbidades, visto que a não adesão ao tratamento pode gerar complicações clínicas que poderiam ser evitadas ou amenizadas, além de causar sobrecarga dos serviços secundários e terciários de saúde e conseqüentemente, aumento da morbimortalidade desse público (CAPOCCIA; ODEGARD; LETASSY, 2016; WHO, 2003; BARBA, 2017).

3.2 Adesão ao Tratamento Medicamentoso do Diabetes Mellitus

A adesão ao tratamento é quando o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica no que se refere, por exemplo, ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a mudanças no estilo de vida ou a adoção de comportamentos que contribuem para a promoção e prevenção da saúde. Já a adesão ao tratamento medicamentoso é definida como o uso das medicações prescritas ou outras orientações em pelo menos 80%, considerando horário, dose e tempo de tratamento (BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014; BRAZ et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), as consequências da não adesão ao tratamento estão relacionadas à falta de obtenção dos benefícios esperados, ausência de resposta fisiológica da doença, deficiência na relação entre profissionais e pacientes e ao aumento do custo financeiro tanto para a pessoa quanto para o sistema de saúde devido ao número elevado de hospitalizações e do tempo de tratamento.

Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, dentre eles destacam-se o conhecimento do paciente sobre sua doença e o seu comportamento frente à tomada dos medicamentos. A literatura destaca a complexidade que envolve a adesão ao tratamento e seus fatores relacionados, como: associados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), além de fatores relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações), os referentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima), os ligados ao tratamento que englobam a qualidade de vida (custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados ao Sistema de Saúde (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento) e ao relacionamento com os profissionais de saúde (ARAÚJO; GARCIA, 2006; ROCHA et al., 2008; LIMA; SOLER; MONERS, 2010).

Na revisão sistemática de Capoccia, Odegard e Letassy (2016) realizada com 98 artigos publicados entre maio de 2007 e dezembro de 2014, cujo objetivo foi identificar fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com diabetes, traz resultados pertinentes a respeito do tema. A revisão mostrou como desafios para a adesão o elevado custo com o tratamento, principalmente quando o paciente não tem acesso aos remédios distribuídos pelo governo, a complexidade do processo terapêutico, presença de problemas psicológicos no paciente diabético, não segurança na eficácia dos fármacos e presença de efeitos colaterais durante o tratamento. Também foram associados à baixa adesão o uso de insulina em relação aos medicamentos orais, devido ao medo de medicação

subcutânea, a ausência de grupos de apoio, acompanhamento farmacológico e ser negro ou hispânico.

Diante da significância em conhecer os fatores que interferem diretamente a adesão ao tratamento medicamentoso, estudiosos têm desenvolvido métodos diretos e indiretos para avaliar os comportamentos de adesão aos tratamentos. Os métodos diretos consistem em avaliar os metabólitos dos medicamentos, no sangue ou na urina; uso de marcadores bioquímicos; e observação direta do doente que recebe a medicação. Já os métodos indiretos são realizados tendo em conta um determinado grau de inferência representando o valor de adesão encontrado e incluem: auto relatos de adesão; entrevistas; contagem de medicamentos; registros de farmácia; e monitorização eletrônica das prescrições (MARTINS, 2014; FARMER, 1999; WHO, 2003).

Para avaliar a adesão, um dos questionários mais utilizados é a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), é um teste com boa consistência interna, que faz uso de perguntas simples, desenvolvido por Delgado e Lima (2001), através da adaptação do questionário de Morisky et al., (1986) e Shea et al., (1992). Esse instrumento possui uma escala composta por 7 itens, dos quais 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item 7 de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994). No estudo dos autores Delgado e Lima (2001), cerca de metade dos entrevistados responderam às questões numa escala dicotômica 0 (“Sim”) ou 1 (“Não”), os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos que variava de 1 (“Sempre”) a 6 (“Nunca”) (MARTINS, 2014).

A tradução do instrumento para a língua portuguesa para o Brasil foi desenvolvida por Faria (2009) em pacientes diabéticos. O questionário foi submetido à avaliação por três especialistas em diabetes mellitus quanto ao entendimento dos itens e à facilidade de leitura e compreensão. Em seguida, foi realizado um estudo-piloto com cinco sujeitos, com 7 perguntas que procuram medir os comportamentos de adesão ao tratamento medicamentoso (JACONDINO, 2013).

As respostas desse questionário se apresentam na forma de: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). O nível de adesão varia de 1 a 6 pontos conforme a pontuação da resposta; a partir de então, os valores de cada item são somados, dividindo o resultado da soma pelo número de itens, caso a média seja <5 , a adesão do indivíduo é considerada inadequada e valores ≥ 5 indicam adesão ao tratamento adequada. Após adquirido os valores finais, estes são transformados em respostas dicotômicas, sendo classificados em aderentes e não aderentes (JACONDINO, 2013; FARIA et al., 2014).

O conhecimento do nível de adesão ao tratamento medicamentoso entre pacientes com doenças crônicas é de grande importância para auxiliar na elaboração de intervenções em saúde, por isso além de classificar o paciente quanto a adesão, percebe-se a necessidade de identificar os fatores que influenciam e determinam as ações e atitudes dos usuários.

Sendo assim, estudos afirmam que o nível de letramento está diretamente relacionado a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com diabetes, isso se justifica por que o tratamento de diabetes exige que o paciente tenha a capacidade de desempenhar ações de autocuidado, e além disso envolve um manejo clínico complexo (MORRIS; MACLEAN; LITTENBERG, 2006; MARAGNO, 2009).

3.3 Letramento em Saúde: Conceitos, Importância e Avaliação

A palavra letramento significa a incorporação das práticas de leitura e escrita no âmbito da vida social, dessa forma o princípio básico do letramento é a aplicabilidade das habilidades cognitivas (leitura, escrita e numeramento), emocionais e sociais nas diversas práticas sociais do indivíduo. Assim, o domínio e o uso de tais habilidades irão variar dependendo da situação e das demandas próprias do ambiente nos quais o fenômeno é estudado (RIBEIRO, 2004; IOM, 2004).

Já a alfabetização é entendida como “o processo pelo qual se adquire o domínio de um código e das habilidades de utilizá-lo para ler e para escrever, ou seja, o domínio da tecnologia, do conjunto de técnicas para exercer a arte e ciência da escrita”. Os dois termos letramento e alfabetização apresentam uma forte correlação, e um termo remete ao outro, no entanto é importante ressaltar que um não é condição primeira para que se tenha outro, pois, a alfabetização não é pré-requisito para o letramento. Dessa maneira, indivíduos com pouca ou nenhuma habilidade de leitura e/ou escrita conseguem participar efetivamente das práticas sociais que requerem tais habilidades e assim o fazem por meio das habilidades de leitura e escrita de outra pessoa (SOARES, 2012).

Partindo dessa premissa entende-se que o letramento visa a realização de atividades específicas, conforme o contexto em que o indivíduo está inserido, nesse sentido existe inúmeros letramentos definidos segundo sua funcionalidade, dentre estes destaca-se o Letramento em Saúde (IOM, 2004; SMITH et al., 2009). O LS refere-se ao conhecimento, motivação e competência dos indivíduos para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões cotidianas, ao que se refere ao autocuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde, buscando manter ou melhorar a qualidade de vida (SORENSEN et al., 2012).

Deste modo, o LS é uma condição funcional e envolve múltiplas dimensões que se entrelaçam em uma rede complexa de vários determinantes para saúde, entre eles, as características sociodemográficas (como ocupação, emprego, renda, suporte social, cultura e linguagem); habilidades cognitivas (cognição e memória); habilidades físicas (idade, visão, audição e fluência verbal), que se integram e interagem entre si, considerando-se os aspectos macros como o sistema educacional de cada país, o sistema de saúde, a cultura e os aspectos sociais que permeiam transversalmente esses determinantes, que podem apresentar-se de forma mais vulnerável entre aqueles com pouca escolaridade, mais pobres e com idades mais avançadas (WHO, 1998; NUTBEAM, 2000).

Partindo dessas condições funcionais, Colbert (2007) exemplifica LS quando a pessoa é capaz de ser bem sucedida nos diferentes contextos de saúde, a saber: compreender bem os rótulos de medicamento, navegar no sistema de saúde, aplicar as orientações dos profissionais de saúde em sua vida diária, etc.

Nesse sentido, o LS é considerado um fator preponderante no desenvolvimento das habilidades relacionadas às questões de autocuidado, e a baixa competência nesse item prejudica a compreensão das informações que os usuários recebem dos profissionais de saúde. Existem fortes evidências de que o baixo LS leva a escolhas menos saudáveis, comportamentos de maior risco, maior número de hospitalizações e custo mais alto em saúde, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2012; WHCA, 2010).

Dessa forma, diversos estudiosos têm despertado o interesse em pesquisar e avaliar o nível de LS em diferentes grupos de pessoas com patologias específicas, sendo assim possível conhecer o grau de LS, relacionar a capacidade de autocuidado com esse item e até mesmo intervir com ações de educação em saúde considerando as particularidades dos indivíduos. Para avaliação do nível de LS é necessário fazer uso de instrumentos específicos.

Entre os instrumentos medidores do LS, o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) e o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) são os mais frequentemente utilizados. No presente estudo utiliza-se do *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), que consiste em uma versão reduzida do TOFHLA. O instrumento TOFHLA mede o nível de compreensão dos pacientes sobre informações de saúde, desenvolvido com base em amostras de materiais educacionais, típicos do ambiente médico-hospitalar, foi dividido em compreensão de leitura e numeramento.

O S-TOFHLA por demandar menor tempo de aplicação, tem sido mais utilizado. Compõe-se de 36 itens de compreensão de leitura (convertidos para uma escala de 72 pontos)

e de 4 itens de habilidade numérica (convertidos para uma escala de 28 pontos). Conforme pontuação, o indivíduo é classificado em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100) (PARKER et al., 1995; BAKER et al., 1999).

No instrumento completo do TOFHLA, para a compreensão de leitura, as questões são estruturadas com a utilização do procedimento Cloze modificado. Neste, em cada cinco ou sete palavras da frase há uma lacuna que deve ser preenchida com a melhor opção, dentre uma lista de quatro palavras, que completa o sentido da frase. Os temas abordados nessas passagens são: instruções para preparação de um exame de raios-X do trato gastrointestinal superior (Passagem A); direitos e responsabilidades em relação ao sistema de saúde (Passagem B); consentimento informado (Passagem C) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2012).

Para a compressão de numeramento, inicialmente são entregues aos entrevistados cartões com as seguintes situações: uma prescrição de medicamento (cartão 1: penicilina; cartão 2: amoxicilina; cartão 3: metotrexato; cartão 6: tetraciclina; cartão 7: fenobarbital; cartão 8: doxiciclina); resultado de um teste de laboratório (cartão 4: dados de teste laboratorial para glicemia); marcação de consulta médica (cartão 5: ficha de marcação de consulta). Em seguida, o entrevistador pede ao paciente para ler cada cartão individualmente, explicando-lhe que lhe serão feitas perguntas orais, com base nas informações dos cartões (NURSS et al., 1995).

Já no S-TOFHLA deverão ser usados os materiais do teste completo de TOFHLA, mas apenas com as Passagens A e B da compreensão de leitura e mais quatro itens de numeramento do referido instrumento, incluindo apenas os cartões 1, 4, 5 e 8, respectivamente, envolvendo questões relativas ao uso de penicilina; resultado de um teste laboratorial para glicemia; marcação de consulta médica e uso de doxiciclina (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2012).

No Brasil, os estudos sobre LS são extremamente limitados, um dos primeiros estudos realizado entre 2006 e 2007, avaliou o nível de letramento de 312 participantes saudáveis, de diferentes idades, da cidade de São Paulo, através do S-TOFHLA. A média de idade dos participantes foi de $47,3 \pm 16,8$ anos e a média de anos de escolaridade foi de 9,7 anos. Um total de 32,4% da amostra apresentou déficit de letramento/numeramento, sendo classificado na faixa de LS marginal e inadequado (SANTOS et al., 2012).

Através dos estudos observa-se que dispor ou não de níveis adequados de LS irá influenciar no uso dos serviços de saúde e nos comportamentos de saúde adotados, tornando a saúde uma das áreas em que é fundamental apresentar adequado nível de LS, visto que o LS inadequado pode levar a uma comunicação ineficaz que irá resultar em erros e má qualidade dos serviços de saúde prestados ao paciente (BODIE; DUTTA, 2008; SCHYVE, 2007).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. Segundo Matias-Pereira (2016), pesquisas com abordagem analítica ocorrem com a utilização em comum de técnicas de coleta, tratamento e análise de dados quantitativos e possuem como característica privilegiar os estudos práticos, visto que suas propostas possuem caráter técnico, restaurador, incrementalista e forte preocupação com a relação causal entre variáveis.

Polit e Beck (2011), afirmam que os estudos transversais envolvem coleta de dados em determinado ponto do tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado. Os mesmos autores afirmam que pesquisa quantitativa é uma abordagem científica tradicional que se refere ao conjunto geral de procedimentos ordenados, disciplinados, usados para adquirir informações.

4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2017 a junho de 2018, em Estratégias Saúde da Família (ESFs) da cidade de Picos-PI. Atualmente, o município possui 36 ESFs, sendo 25 localizadas na zona urbana e 11 na zona rural, compostas por equipes multiprofissionais com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde bucal, além de contar com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A pesquisa foi realizada em cinco ESFs da zona urbana, selecionadas segundo os seguintes critérios: possuírem maiores quantitativos de pessoas com DM2 cadastradas e atenderem maiores contingentes populacionais.

As ESFs onde o estudo foi realizado são responsáveis pelo atendimento, em média, de 4.481 famílias com uma população estimada em 14.228 pessoas, que são contempladas com os serviços de: puericultura, pré-natal, planejamento familiar, exame citopatológico, consulta de hipertensos e diabéticos, visita domiciliar, sala de vacina, farmácia, atendimento odontológico, bem como atividades e ações com a equipe do NASF.

4.3 População e amostra

A população da pesquisa foi constituída por 303 pacientes de ambos os sexos com DM2, cadastrados e acompanhados nas cinco ESF escolhidas para a realização do estudo.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o valor total da população ($N = 303$), percentual de 11% a variável reduzida ($Z=1,96$), o erro amostral relativo ($\alpha=5\%$), erro absoluto ($E=5\%$), e o nível de confiança (95%) (TRIOLA, 1999). Assim aplicou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \left(\frac{\alpha}{2}\right) \cdot P (1 - p) \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \left(\frac{\alpha}{2}\right) \cdot P (1 - p)}$$

Os 11% de prevalência é baseado na estimativa global de adultos com diabetes no ano de 2015 que foi estimada em 7,2% a 11,4% (IDF, 2015). Assim, a amostra foi de 101 pacientes com DM2, porém a amostra final foi de 78 participantes, em virtude das dificuldades na coleta de dados.

Pode-se apontar como dificuldades encontradas para a obtenção da amostra completa, dificuldade de acesso aos domicílios, pouco auxílio da equipe de saúde e resistência dos pacientes em participar da pesquisa.

O cálculo de amostragem foi realizado por meio da regra de três, onde a população representava o todo, e a amostra um valor indeterminado que ao fim correspondeu 33,3%. Após, utilizou-se da mesma regra, calculou-se qual quantitativo de pessoas de cada ESF que correspondia aos 33,3% que representava a amostra. Assim, a amostra foi estratificada, conforme a Tabela 1.

A escolha da amostra que cada ESF se deu por conveniência, a pessoa era convidada a participar e se não concordasse outra era convidada até atingir a amostra esperada.

Tabela 1- Estratificação da amostra. Picos-PI, 2018.

Estratégia Família	Saúde	População	Amostra	Amostra Alcançada
ESF 1		59	20	24
ESF 2		46	15	08
ESF 3		71	24	16
ESF 4		84	28	21
ESF 5		43	14	09
Total		303	101	78

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Estar cadastrado na UBS e no e-SUS das unidades escolhidas;
- Idade superior a 18 anos;

- Ter diagnóstico médico de DM2 há no mínimo dois anos.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Possuir dificuldade de compreensão dos instrumentos devido a fatores culturais (valores, crenças, religião, normas) ou incapazes de manter diálogo.
- Sofrer de evidente doença psiquiátrica;
- Apresentar déficits visuais;
- Não ser autônomo no que diz respeito a tomar a medicação.
- Não saber ler e escrever;
- Não ser capaz de ler e escrever a frase “FECHE OS OLHOS” do Mini exame do estado mental (MEEM).

4.4 Variáveis do Estudo

- **Sociodemográficas:**
 - **Sexo:** Foi considerado feminino e masculino.
 - **Idade:** Foi computada pela data de nascimento e a da coleta.
 - **Cor:** Foi considerada a cor da pele auto referida, a saber: negra, branca, amarela ou parda.
 - **Estado civil:** Foi computada de acordo com união estável ou casado (a), solteiro (a), viúvo (a) ou divorciado (a).
 - **Anos de estudo:** Foi computado em anos.
 - **Tipo de escola frequentada:** Foi computada escola pública, particular, ou outras modalidades.
 - **Situação laboral:** Foram consideradas as seguintes opções: apenas estuda, estuda e trabalha, trabalha informalmente, trabalha formalmente, não trabalha, desempregado (a) e aposentado (a).
 - **Hábito de leitura:** Foram consideradas as seguintes opções: jornal, revista, livros, outros ou não gosta de ler.
 - **Renda familiar:** Foi considerado o valor bruto dos rendimentos mensais da família do pesquisado em reais.
 - **Classe econômica:** A classificação econômica foi determinada a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Ele tem como objetivo determinar o poder

aquisitivo das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” e utilizando a classificação em classes econômicas (ABEP, 2016) (Quadro 1).

Quadro 1 – Pontos de corte para Classificação Econômica no Brasil (2016).

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/serviços					
Banheiro	0	3	7	10	14
Empregado doméstico	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2
Pontuação	Total=				
Grau de instrução do chefe Ou Responsável pela família	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto (0) Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto (1) Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto (2) Médio completo/ Superior Incompleto (4) Superior Completo (7)				
Pontuação	Total=				
Serviços públicos		Sim		Não	
	Água encanada	4		0	
	Rua pavimentada	2		0	
Pontuação	Total=				
Pontuação final	Total final=				

Fonte: ABEP, 2016

LEGENDA: NA – analfabeto; FUN – fundamental.

Além disso, a ABEP faz uma correlação entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Pontos de cortes do critério Brasil (2016).

CLASSE	PONTOS
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: ABEP, 2016

- **Letramento em saúde:** Foi utilizado o instrumento, *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA) (PARKER et al., 1995) (ANEXO A).
- **Adesão ao tratamento:** Foi utilizado o instrumento de Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (DELGADO; LIMA, 2001) (ANEXO B).

4.5 Instrumentos de coleta de dados

- Formulário de caracterização sociodemográfica: foi elaborado para a pesquisa e é formado por diversas perguntas predominantemente fechadas, relacionadas ao sexo, idade, cor autorreferida, estado civil, grau de instrução, situação laboral, anos de estudos, tipo de escola frequentada, hábito de leitura, renda familiar e classe econômica (APÊNDICE A).
- *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA): é a versão curta do *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) que é um instrumento utilizado para a avaliação do letramento em saúde. É composto por dois subtestes: um avalia a compreensão textual; e o outro, a matemática ou numeramento. A habilidade de leitura é avaliada através de 36 itens, e o numeramento por quatro itens. A pontuação total é de 100 pontos, sendo 72 pontos referentes à leitura (peso 2 para cada item) e 28 pontos referentes ao numeramento (peso 7 para cada item), permitindo categorizar o respondente em três níveis de letramento funcional em saúde: inadequado (0 a 53 pontos), limítrofe (54 a 66 pontos) e adequado (67 a 100 pontos) (BAKER et al., 1999) (ANEXO A).
- Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT: instrumento de uma versão traduzida, adaptada e validada para o português de Portugal e adequada ao português do Brasil (DELGADO; LIMA, 2001). Tal questionário é utilizado para avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos prescritos, composto por sete itens, em uma escala Likert de seis pontos, de 1 (sempre) a 6 (nunca). A adesão é determinada pela média global do instrumento, ou seja, somam-se os pontos de cada item e divide-se pelo número de itens (sete). Considera-se “adesão” ao tratamento quando a média obtida apresentar valores entre cinco e seis pontos e “não adesão”, quando a média for inferior a cinco pontos (FARIA et al., 2014; BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014) (ANEXO B).

4.6 Coleta de dados

Os dados sobre a investigação do nível de letramento em saúde em pessoas com DM2 e a associação com o grau de adesão ao tratamento medicamentoso foram coletados no período de fevereiro a maio de 2018. A coleta de dados foi dividida em duas partes distintas: a) Procedimentos adotados para a realização da coleta de dados e a b) aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Em relação aos procedimentos de coleta de dados, primeiramente foi identificado o cadastro das pessoas com DM2 nas ESF e, logo após o conhecimento do dia da semana em que acontece consulta com os diabéticos com a enfermagem ou o médico, para a realização do primeiro contato com os usuários e o agendamento quanto ao dia, hora e local de aplicação dos questionários aos que concordaram participar da pesquisa.

Antes da aplicação dos questionários e formulário foram fornecidas informações sobre o trabalho de pesquisa em questão e seus objetivos; obtenção do consentimento do participante e realização do teste de leitura, por meio da aplicação do “Cartão de Avaliação da Capacidade de Leitura” do MEEM, tal exame foi realizado parcialmente através da exposição de um cartão com a frase “FECHE OS OLHOS”, a qual faz parte do item ler e executar do MEEM (ANEXO C).

Durante a coleta os questionários foram entregues, explicados e recolhidos pelo pesquisador responsável da pesquisa, em um local reservado e confortável nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e também no domicílio do participante, sendo o local onde foi realizada a maior parte da coleta, com a ajuda do ACS, ou mesmo apenas com o endereço dos usuários.

4.7 Análise dos dados

Após a coleta, foram realizados os cálculos estatísticos das variáveis quantitativas sociodemográficas, do nível de letramento em saúde e do grau de adesão ao tratamento medicamentoso quanto à frequência, média, desvio padrão e percentuais.

Para inferência analítica foram aplicados os testes: Coeficiente de Correlação de Person, Teste T de Student e ANOVA one way, afim de verificar a associação entre as variáveis. Para todas as análises estatísticas inferenciais foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$. Os dados foram processados no software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Os resultados obtidos foram expressos em tabelas e gráficos, e posteriormente discutidos com a literatura vigente.

4.8 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPI, conforme parecer n. 2.429.535 (ANEXO D), cumprindo as normas exigidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – CNS/MS (BRASIL, 2012).

Aos sujeitos que concordaram em participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual possui informações explicando o estudo, a liberdade de desistência a qualquer momento, a garantia do anonimato e, além disso o esclarecimento que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes.

Os participantes do estudo foram expostos a riscos mínimos, como constrangimento, exaustão durante a aplicação do instrumento, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar estes riscos, atentou-se para a abordagem individual e ambiente agradável e reservado para aplicação priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Todas as perguntas foram respondidas por escrito pelo próprio pesquisado. Ressalta-se, ainda, que a coleta foi previamente agendada, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes

Os benefícios estão associados à aquisição de conhecimento a respeito do paciente com DM2 e sua adesão ao tratamento medicamentoso, possibilitando o desenvolvimento e a implementação de estratégias educativas, com o objetivo de melhorar a assistência prestada, e consequentemente, a maior participação dos usuários com DM2 no tratamento.

5 RESULTADOS

Foram avaliadas 78 pessoas com diabetes mellitus tipo 2, dos quais 71,8% eram do sexo feminino, com idade entre 50 a 69 anos, uma média de $58,15 \pm 11,44$ anos. Quanto à cor, identificou-se que 56,4% se autodeclararam pardos, 66,7% eram casados ou viviam em união estável (Tabela 2).

Em se tratando dos anos de escolaridade, identificou-se uma média de $8,81 \pm 5,29$, sendo que 52,6% dos entrevistados estudaram até 9 anos, e a maioria (82%) frequentou escolas de ensino público. Em relação à situação laboral, verificou-se que 52,6% dos pacientes eram aposentados, possuíam uma renda mensal média de $2506,58 \pm 2245,38$ reais, sendo que 47,4% recebiam entre um salário mínimo e três salários mínimos, e 21,8% se classificaram na classe econômica C2. Quanto ao hábito de leitura, 34,6% relataram não gostar de ler e 65,4% possuíam o hábito de ler pelo menos uma fonte textual (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas. Picos-PI, 2018. (N=78). (Continua)

Variáveis	N	%	Média±DP*
1. Sexo			
Feminino	56	71,8	
Masculino	22	28,2	
2. Faixa etária			58,15 ±11,44
30-49	20	25,6	
50-69	48	61,5	
70-89	10	12,8	
3. Cor			
Branca	28	35,9	
Negra	4	5,1	
Amarela	2	2,6	
Parda	44	56,4	
4. Estado civil			
Casado (a) ou união estável	52	66,7	
Solteiro	8	10,2	
Viúvo (a)	13	16,7	
Divorciado (a)	5	6,4	
5. Anos de estudo			8,81±5,29
0 – 9 anos	41	52,6	
10 – 19 anos	34	43,6	
20 – 30 anos	3	3,8	
6. Tipo de escola frequentada			
Pública	64	82,0	
Particular	5	6,4	
Pública e particular	7	9,0	
Outras	2	2,6	

Tabela 2 – Caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas. Picos-PI, 2018. (N=78). (Conclusão)

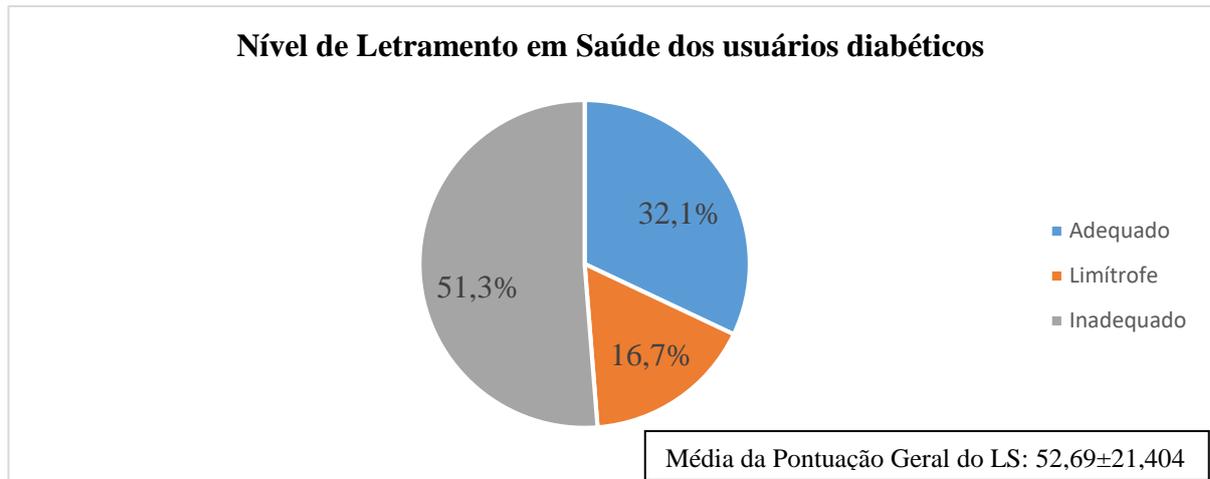
Variáveis	N	%	Média±DP*
7. Situação laboral			
Trabalha informalmente	13	16,7	
Trabalha formalmente	16	20,5	
Não trabalha	4	5,1	
Desempregado (a)	4	5,1	
Aposentado (a)	41	52,6	
8. Hábito de leitura			
Jornal	4	5,1	
Revista	5	6,4	
Livros	23	29,5	
Outros	6	7,7	
Não gosta de ler	27	34,6	
Revista e livros	4	5,1	
Livros e outros	1	1,3	
Jornal, revista e livros	6	7,7	
Jornal, revista, livros e outros	2	2,6	
9. Renda (em reais)			2506,58 ±2245,38
Até 1 SM **	19	24,4	
> 1 SM a 3 SM	37	47,4	
> 3 SM	22	28,2	
10. Classe econômica			
A	2	2,6	
B1	2	2,6	
B2	16	20,5	
C1	17	21,8	
C2	22	28,2	
D-E	19	24,3	

Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

*DP: Desvio Padrão; ** Valor do salário mínimo atual (2018): R\$954,00.

O Gráfico 1 demonstra que o LS dos participantes do estudo mostrou-se inadequado para 51,3% dos casos e que apenas 32,1% foram classificados com adequado LS, ainda apresenta a média da pontuação geral atingida, que foi de 52,69±21,404 pontos.

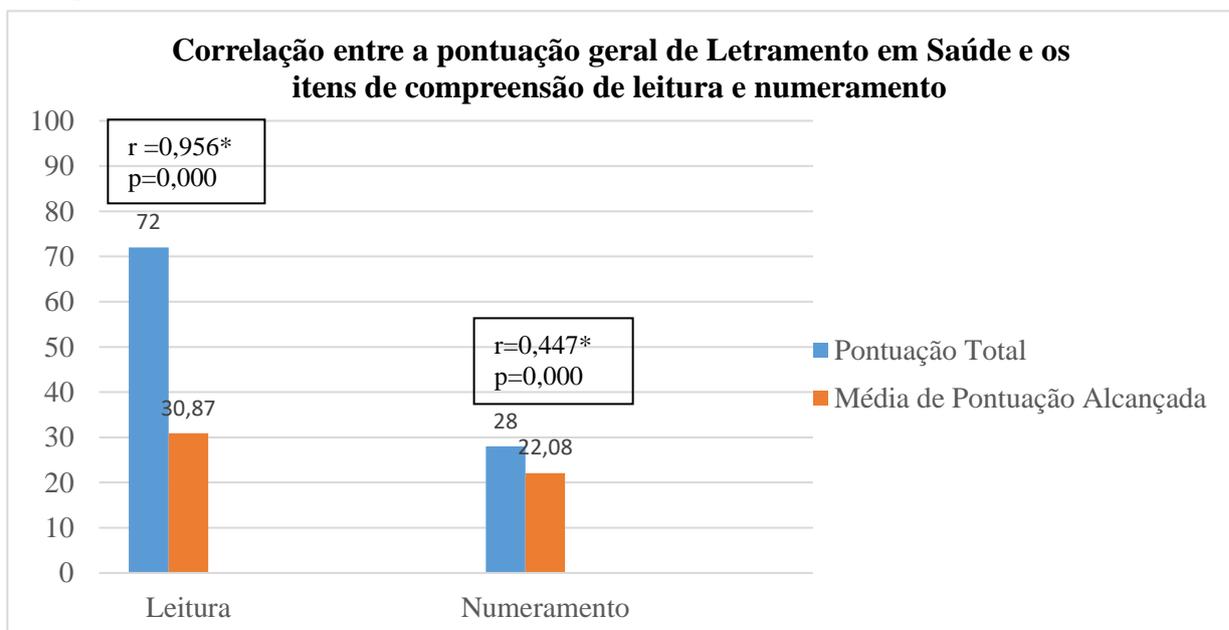
Gráfico 1- Nível de Letramento em Saúde dos usuários diabéticos. Picos – PI, 2018. (N=78).



Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

O Gráfico 2 apresenta uma associação estatisticamente significativa entre as pontuações do questionário de LS e as dimensões de compreensão de leitura e de numeramento ($p=0,000$). Através da realização do teste Correlação linear de Pearson, observa-se que a maioria dos participantes apresentou letramento inadequado, sendo que o item de leitura foi o que mais influenciou nesse resultado, apresentando uma correlação mais forte ($r = 0,956$).

Gráfico 2 - Correlação entre a pontuação geral de Letramento em Saúde e os itens de compreensão de leitura e numeramento, Picos-PI, 2018. (N=78).



Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

*Correlação linear de Pearson.

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, as respostas do questionário MAT encontram-se na Tabela 3. Como descrito, 43,6% das pessoas nunca se esqueceram de tomar os medicamentos para o controle do diabetes, 35,9% raramente foram descuidadas com as horas de tomar esses medicamentos, 87,2% nunca se esqueceram de tomar os medicamentos por ter se sentido melhor, 89,7% nunca se esqueceram de tomá-los por ter se sentido pior, 94,8% nunca tomaram mais comprimidos do que a quantidade prescrita, por sua iniciativa, por ter se sentido pior, 65,4% nunca interromperam o tratamento por ter deixado acabar os medicamentos e 89,7% nunca deixou de tomar seus medicamentos por alguma outra razão sem ser a recomendação do médico (Tabela 3).

Tabela 3 - Valores de média e desvio-padrão obtidos para cada uma das questões do questionário Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Picos – PI, 2018. (N=78). (Continua).

Questões do MAT *	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Média ±DP**
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Q1. Alguma vez esqueceu de tomar os medicamentos?	0 (0)	3 (3,8)	2 (2,6)	12 (15,4)	27 (34,6)	34 (43,6)	5,12±1,019
Q2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos?	2 (2,6)	6 (7,7)	5 (6,4)	11 (14,1)	28 (35,9)	26 (33,3)	4,73±1,336
Q3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por ter se sentido melhor?	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	5 (6,4)	4 (5,1)	68 (87,2)	5,76±0,759
Q4. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por sua iniciativa após ter se sentido pior?	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (5,1)	4 (5,1)	70 (89,7)	5,85±0,486

Tabela 3 - Valores de média e desvio-padrão obtidos para cada uma das questões do questionário Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Picos – PI, 2018. (N=78). (Conclusão).

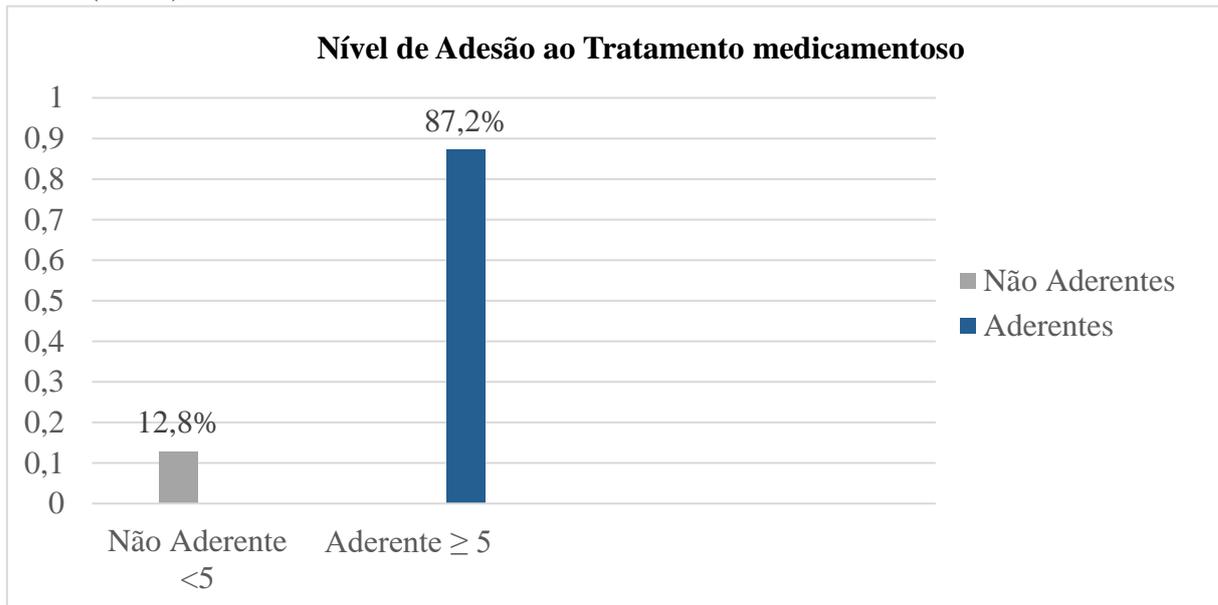
Questões do MAT *	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Média ±DP**
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Q5. Alguma vez tomou mais comprimidos do que a quantidade prescrita, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,6)	74 (94,8)	5,91±0,432
Q6. Alguma vez interrompeu seu tratamento por ter deixado acabar os medicamentos?	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,6)	4 (5,1)	19 (24,3)	51 (65,4)	5,46±0,963
Q7. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por alguma outra razão sem ser a recomendação do médico?	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,6)	3 (3,8)	70 (89,7)	5,76±0,856
MAT Total							5,51±0,491

Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

* Para cada questão da Medida de Adesão ao Tratamento - MAT (1-7), a pontuação varia de 1 (sempre) a 6 (nunca) em uma escala tipo Lickert; ** DP: Desvio Padrão.

A Tabela 3 mostra ainda a média do escore de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, que foi de $5,51 \pm 0,491$, comprovando assim o resultado apresentado no Gráfico 3, o qual revela que 87,2% dos pacientes foram considerados aderentes à terapia.

Gráfico 3 - Nível de adesão ao tratamento medicamentoso em adultos diabéticos. Picos-PI, 2018. (N=78).



Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

Na Tabela 4, pode-se observar que houve associação da média do LS com a variável de nível de adesão ao tratamento medicamentoso. Percebe-se que há uma diferença estatisticamente significativa entre as médias, pois observa-se que os participantes que possuem um adequado LS, não aderem à terapêutica medicamentosa, em contraposição aqueles pacientes que apresentam um inadequado LS, possuem uma adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso ($p=0,025$).

Tabela 4 – Comparação entre letramento em saúde com o nível de adesão à terapêutica medicamentosa. Picos – PI, 2018. (N=78).

Variável	Letramento em Saúde	
	Média±DP*	Valor de p
Nível de ATM***		0,025**
Adesão	50,62±20,848	
Não Adesão	66,80±20,746	

Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

* DP: Desvio Padrão; **T de Student; ***Adesão ao Tratamento Medicamentoso.

A Tabela 5 representa a associação entre as médias da pontuação geral do LS e de todos os dados sociodemográficos da amostra em estudo. Através dessa associação por meio

dos testes T de Student e ANOVA one way, foi possível observar que houve uma associação estatisticamente significativa entre as médias do LS com as variáveis, faixa etária ($p=0,002$), estado civil ($p=0,024$), anos de estudo ($p=0,000$), tipo de escola frequentada ($p=0,003$), e situação laboral ($p=0,014$).

Acerca da associação com a faixa etária percebeu-se que os participantes que se enquadraram em uma faixa etária menor, entre 30 a 49 anos possuem uma média de LS limítrofe ou adequada ($61,80\pm 18,986$), já os pacientes de faixa etária mais avançada entre 79 a 89 anos apresentam uma média de LS inadequada ($33,00\pm 16,186$). Quanto à associação com o estado civil, verificou-se que os casados ou em união estável são os que na maioria apresentaram as maiores pontuações ($56,46\pm 22,341$), enquadrando-se em LS limítrofe ou adequado.

Com relação à escolaridade observou-se que quanto mais anos de estudo melhor o desempenho no teste de LS, como apresentado na tabela os pacientes que estudaram entre 20 a 30 anos possuem maiores médias de adequado LS ($73,33\pm 3,055$), já os pacientes com menos de 10 anos de estudo apresentam LS inadequado ou limítrofe ($44,02\pm 17,620$). Além disso, pacientes que frequentam escolas públicas e particulares possuíam maiores médias de LS ($77,57\pm 20,074$), do que os que frequentaram apenas um tipo de escola.

No que diz respeito à associação do LS com a situação laboral, verifica-se que as maiores médias de LS foram de pessoas que estão desempregadas ($73,75\pm 16,399$), apresentando LS adequados e limítrofes, já os participantes aposentados são os que apresentam resultados de médias menores ($45,61\pm 19,926$), sendo os mesmos classificados em LS limítrofe e inadequado.

Tabela 5 - Associação entre letramento em saúde e os dados sociodemográficos. Picos – PI, 2018. (N=78). (Continua)

Variáveis	Letramento em Saúde	
	Média±DP*	Valor de p
1. Sexo		0,900**
Feminino	52,50±20,816	
Masculino	53,18±23,337	
2. Faixa Etária		0,002***
30-49	61,80±18,986	
50-69	53,00±20,899	
70-89	33,00±16,186	
3. Cor		0,515***
Branca	53,43±21,495	
Negra	60,50±15,155	
Amarela	70,50±0,707	
Parda	50,70±22,123	

Tabela 5 - Associação entre letramento em saúde e os dados sociodemográficos. Picos – PI, 2018. (N=78). (Conclusão).

Variáveis	Letramento em Saúde	
	Média±DP*	Valor de p
4. Estado civil		0,024***
Casado (a) ou união estável	56,46±22,341	
Solteiro	55,38±19,574	
Viúvo (a)	36,54±12,346	
Divorciado (a)	51,20±16,664	
5. Anos de estudo		0,000***
0 – 9 anos	44,02±17,620	
10 – 19 anos	61,32±21,983	
20 – 30 anos	73,33±3,055	
6. Tipo de escola frequentada		0,003***
Pública	51,66±20,146	
Particular	35,00±15,281	
Pública e particular	77,57±20,074	
Outras	43,00±14,142	
7. Situação laboral		0,014***
Trabalha informalmente	54,92±20,488	
Trabalha formalmente	62,31±21,048	
Não trabalha	58,50±21,564	
Desempregado (a)	73,75±16,399	
Aposentado (a)	45,61±19,926	
8. Hábito de leitura		0,199***
Jornal	54,75±21,500	
Revista	46,60±15,209	
Livros	49,87±19,937	
Outros	56,83±22,693	
Não gosta de ler	48,30±20,005	
Revista e livros	67,50±31,332	
Livros e outros	89,00±00,000	
Jornal, revista e livros	69,50±17,852	
Jornal, revista, livros e outros	45,00±41,012	
9. Renda (em reais)		0,375***
Até 1 SM ****	49,32±21,939	
> 1 SM a 3 SM	51,27±21,081	
> 3 SM	58,00±21,494	
10. Classe econômica		0,281***
A	75,00±1,414	
B1	53,50±3,536	
B2	52,38±25,516	
C1	60,59±21,098	
C2	47,14±19,045	
D-E	49,89±20,912	

Fonte: Dados da pesquisa. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

* DP: Desvio Padrão; **T de Student; ***ANOVA one way; ****Valor do salário mínimo atual (2018): R\$954,00.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a associação entre LS e adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. A pesquisa foi realizada com pacientes cadastrados em cinco ESFs da zona urbana de Picos – PI. A investigação avaliou 78 usuários de ambos os sexos, sendo que as mulheres compuseram a maioria (71,8%) da amostra, estando assim em consonância com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2015, que apresenta a composição brasileira de mulheres, que correspondia a 51,5% da população (IBGE, 2016).

Nos resultados sociodemográficos obtidos por Seignemartin (2018), verificou-se que a maioria dos indivíduos era do sexo masculino e 76,2% se consideravam brancos, o que é discordante com o presente estudo, onde a maioria dos participantes se autodeclararam pardos (56,4%). Quanto ao estado civil, o estudo em comparação identificou que 73,3% eram casados ou viviam em união estável, isso corrobora com a prevalência constatada quanto a esse dado (66,7%) na presente pesquisa.

No estudo de Penaforte et al (2017), que objetivou avaliar a ocorrência da polifarmácia e sua associação com a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com DM2, observou-se que a maioria (34,0%) dos participantes estavam na faixa etária entre 51 a 60,79 anos e apresentavam um média de idade de $59,3 \pm 12,7$ anos, resultados equivalentes ao do presente estudo com faixa etária entre 50 a 69 anos (61,5%) e média de idade de $58,15 \pm 11,44$ anos.

No que se refere ao grau de escolaridade a maioria (52,6%) dos usuários investigados apresentaram até 9 anos de estudo, tal resultado é semelhante ao da pesquisa de Santos et al. (2017), que dos 63 indivíduos avaliados, 63,5% apresentou escolaridade menor ou igual a 9 anos de estudo. Em relação ao tipo de escola frequentada verificou-se que 82,1 % dos avaliados frequentaram escola pública, estando em consonância com a pesquisa de Passamai, Sampaio e Lima (2013), na qual a maioria dos participantes eram oriundos principalmente de escola pública (80,2%), ainda nessa pesquisa observou-se que 74,9% da amostra apresentava pelo menos uma fonte de hábito de leitura, resultado similar ao do presente estudo.

Em relação a situação laboral dos participantes, observou-se que a maioria (52,6%) eram aposentados e com uma renda mensal familiar média de $2506,58 \pm 2245,38$ reais. No estudo de Boas, Foss-Freitas e Pace (2014), realizando com uma amostra de 162 pessoas com DM2, percebeu-se que 41,4% eram aposentados ou pensionistas, assim como o resultado

encontrando na presente pesquisa, já no que se refere a renda mensal familiar média foi de R\$1.325,65± 1.122,72, média inferior ao do presente estudo.

A classe econômica foi a última variável sociodemográfica avaliada, observou-se que 50% dos entrevistados se encaixaram nas classes econômicas C1 e C2. Em uma pesquisa realizada por Meiners et al. (2017), que teve por objetivo descrever as pessoas com diabetes no Brasil e comparar suas características sociodemográficas, o acesso e a adesão autorreferida aos medicamentos prescritos, percebeu-se que 54,9 % são pertencentes à classe econômica C, corroborando com o resultado do presente estudo.

O estudo buscou conhecer também o nível de LS dos participantes através da aplicação do S-TOFHLA, instrumento de pesquisa que avalia a compreensão de leitura e numeramento.

Na presente pesquisa verificou-se que a maioria (51,3%) dos investigados apresentaram um nível inadequado no desempenho do LS com uma média geral de 52,69±21,404 pontos, tal resultado está em consonância com o estudo de Santos e Portella (2016), que teve por objetivo avaliar o LS de um grupo de 114 idosos diabéticos assistidos em uma unidade de saúde municipal do SUS na Região Norte do Brasil. De acordo com o teste realizado neste estudo, as condições de LS em cerca de 73,7% mostraram-se inadequadas e a média geral alcançada foi de 44,4 pontos.

O nível de LS é alcançado pelos participantes através da pontuação do item de compreensão de leitura somando com o de numeramento, o presente estudo apresenta em sua maioria um nível de LS inadequado, sendo que o item de compreensão de leitura é o principal influenciador desse resultado, pois expressa uma correlação mais forte ($r = 0,956$) que o item de numeramento ($r=0,447$).

No estudo de Moraes (2014), observou-se que o escore global de LS evidenciou que todos os portadores de Doença Renal Crônica entrevistados apresentaram inadequado LS, com escore médio de $30,85 \pm 13,01$ pontos, variando de 2- 59 pontos. Em relação a correlação entre o desempenho na parte de compreensão de leitura e de numeramento no escore total do LS evidenciou um resultado contrário ao da presente pesquisa, visto que o desempenho na parte de numeramento teve associação mais forte ($r = 0,838$; $p < 0,001$) que a parte de compreensão de leitura ($r = 0,791$; $p < 0,001$).

O estudo de Santos e Portella (2016) apresenta um resultado similar ao do presente estudo, uma vez que cerca de 52,6% dos idosos que participaram da pesquisa conseguiram compreender e responder as perguntas referente ao item de compreensão de numeramento. Os autores justificam esse achado explicando que pelo fato do entrevistador fazer a pergunta ao

participante sobre o que consta no cartão, isso contribui para melhorar o nível de compreensão dos investigados. Já no item de compreensão textual, o resultado inadequado sugere que o teste aplicado apresenta as informações escritas de difícil compreensão, exigindo um nível de escolaridade mais alta, ou também podem conter expressões que dificultem o entendimento (SANTOS; PORTELLA, 2016).

Ainda, percebeu-se durante a aplicação do teste de compreensão de leitura a necessidade de adaptação do instrumento para a realidade cultural da população brasileira, visto que a maioria dos participantes questionaram a existência de radiografia de estômago, uma vez que relacionam tal exame apenas às estruturas corporais ósseas. Outro fator identificado foi a dificuldade de concluir por completo as 36 lacunas do teste em um tempo de apenas sete minutos, observou-se que os participantes com baixa escolaridade na maioria completaram apenas os itens antes de chegar na parte relacionada ao dia do Raio X, contribuindo assim para o resultado de inadequação do grau de LS.

Em virtude da adesão à terapêutica ser essencial para a qualidade de vida dos diabéticos, o presente estudo buscou avaliar também o nível de adesão ao tratamento medicamentoso entre os participantes. Quanto a esse item, verificou-se um resultado satisfatório, visto que 87,2% da amostra foram aderentes ao tratamento, obtendo uma média de pontuação na escala de MAT de $5,51 \pm 0,491$ pontos.

Em um estudo português realizado com 151 indivíduos com DM2, aplicou-se a escala MAT, objetivando caracterizar o nível de adesão ao tratamento medicamento da amostra. Por meio da escala foi possível identificar resultados corroborativos com o do presente estudo, uma vez que 67% dos participantes apresentaram um nível adequado de adesão e uma média geral de $5,14 \pm 0,430$ pontos (MARTINS, 2014).

Resultado semelhante foi encontrado também em um estudo brasileiro realizado com 210 pacientes de duas unidades da rede pública de saúde no município de Fortaleza- CE, onde foram investigadas as características populacionais e de adesão terapêutica, bem como a sua correlação com a polifarmácia, na análise referente à adesão ao tratamento do DM2, esta foi considerada adequada em 88,2% (PENAFORTE et al., 2017).

A partir do presente resultado é possível perceber que mesmo apresentando uma boa adesão ao tratamento medicamentoso, ainda é necessário a elaboração de planejamentos por parte da equipe de saúde da Atenção Primária de Saúde, para que a cobertura de 100% de adesão seja alcançada, para isso é essencial que seja identificadas as limitações que influenciam a não adesão à terapêutica, partindo disso é possível a implementação de um plano de cuidado compatível com as necessidades dos usuários.

A partir disso, o presente estudo buscou relacionar o nível de LS com o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, e obteve um resultado estatisticamente significativo ($p=0,025$), porém a hipótese inicial foi refutada, pois verificou-se que os participantes mesmo apresentando em sua maioria (51,3%) um inadequado LS, são aderentes à terapêutica medicamentosa (87,2%).

Comparando esse resultado com dois estudos, um nacional e outro internacional, verificou-se resultados divergentes, pois nenhum apresenta associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, LS e adesão ao tratamento medicamentoso.

O estudo nacional possui um objetivo similar ao da presente pesquisa, que busca avaliar o nível de LS e adesão ao tratamento medicamentoso em um grupo de 101 pacientes portadores de DM2, comparando os mesmos aspectos em um grupo de 51 indivíduos em tratamento de outras doenças crônicas que não diabetes, apresentando os resultados referente ao grupo com DM2, verificou-se que o LS foi considerado inadequado em 55,5% dos pacientes e em relação a adesão ao tratamento medicamentoso, esta foi considerada como suficiente em 90,1% da amostra, porém quando realizado a associação entre as duas variáveis não houve significância ($p=0,610$ -Teste Exato de Fisher; $p=0,100$ -Teste t de Student) (SEIGNEMARTIN, 2018).

O estudo internacional realizado com 125 pessoas com DM2, em uma Clínica de Medicina Interna da Universidade de Medicina da Carolina do Sul, Charleston, objetivou avaliar as associações independentes entre alfabetização em saúde, conhecimento sobre diabetes, comportamentos de autocuidado (adesão à medicação, dieta, exercício, teste de açúcar no sangue e cuidados com os pés) e controle glicêmico para determinar a contribuição independente de alfabetização em saúde, no que se refere a associação com a adesão ao tratamento medicamento, os resultados verificam que a correlação entre as variáveis não foram significativamente relacionadas ($p=0,784$ -correlação de Spearman) (BAINS; EGEDE, 2011).

Os dois estudos buscam justificar esses achados em relação a adesão a terapêutica medicamentosa, atribuindo as limitações dos estudos ao instrumento utilizado para a investigação, o MAT, pois o mesmo utiliza-se de informações autorreferidas, que podem ser influenciadas pelo viés da memória e da informação, onde os sujeitos ficam suscetíveis a alteração de respostas ao instrumento em função do que é mais adequado (BAINS; EGEDE, 2011; SEIGNEMARTIN, 2018).

Através da associação entre as médias a partir da aplicação do teste T de Student, constatou-se que os pacientes que possuem um adequado LS, não aderem à terapêutica medicamentosa. Tal resultado pode ser explicado analisando o perfil geral dos participantes que

apresentaram um adequado LS, as melhores médias foram alcançadas por pacientes do sexo masculino ($53,18 \pm 23,337$), entre a faixa etária de 30 a 49 anos ($61,80 \pm 18,986$), com 20 a 30 anos de estudo ($73,33 \pm 3,055$).

Considerando essas informações percebe-se que os homens são mais imprudentes com o uso da medicação, o estudo de Saccomann, Souza Neta e Martins (2015), que teve por objetivo avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família, identificou que os homens tendem a ser mais descuidados em relação à tomada dos medicamentos que as mulheres, o que pode ser justificado pela menor preocupação com a saúde.

Além disso, esse mesmo estudo revela que os pacientes que trabalham fora tendem a se esquecer de tomar a medicação com maior frequência (SACCOMANN; SOUZA NETA; MARTINS, 2015), isso pode se relacionar com a faixa etária, pois a idade de 30 a 49 anos corresponde a fase em que a maioria das pessoas se encontram em uma situação empregatícia ativa.

No tocante ao grau de escolaridade, White et al. (2013), ao avaliarem 149 pacientes diabéticos, concluíram que pacientes com LS limitado apresentavam maior confiança nas informações repassadas pelos profissionais, maior autocuidado e maior adesão ao regime nutricional e medicamentoso, porém pacientes com maior nível de escolaridade demonstraram ponderar seu envolvimento na tomada de decisão médica como um processo compartilhado entre eles, isso envolve verificar a veracidade da informação e buscar opções além do que é dado pelo profissional de saúde.

A partir dessas análises, percebe-se que o conhecimento dos aspectos sociodemográficos da população é de grande importância para identificar os fatores que contribuem para determinar os resultados encontrados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e os níveis de LS, possibilitando assim, intervir junto as limitações encontradas pelos usuários do sistema de saúde. Segundo Cortez (2015), as particularidades sociodemográficas e clínicas, junto com o planejamento de ações prévias, podem direcionar o gerenciamento do cuidado e programas educativos pela equipe de saúde, e em especial pela enfermagem.

Assim, visando um melhor entendimento dos resultados encontrados sobre os níveis de LS, foi realizado associações entre a média da pontuação geral de LS e os dados sociodemográficos. A partir dos testes de associação o presente estudo demonstra que baixos escores de LS estão estatisticamente associados a pessoas de idade mais avançada, viúvas, com menor nível de escolaridade, que frequentaram escola de ensino particular e aposentadas.

O estudo de Mbaezue et al (2010), que objetivou examinar a relação entre alfabetização em saúde e automonitoramento da glicose no sangue entre uma população de pacientes predominantemente de baixa renda, com diabetes sendo atendido em um ambiente urbano de rede de segurança, identificou associações similar ao do presente estudo, visto que o LS inadequado foi associado a mais idade ($p < 0,001$), e menor escolaridade ($p < 0,020$).

Na pesquisa de Passamai, Sampaio e Lima (2013), realizada com 506 usuários da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Fortaleza-CE, verificou-se uma concordância com os resultados do presente estudo, pois os percentuais de limitado LS foram progressivamente aumentando com o avanço da idade, com diferença significativa entre as faixas etárias ($p < 0,001$ /teste do qui-quadrado), além disso, 93,6% da população que possuía de 1 a 3 anos de estudo apresentou um LS limitado, sendo assim os dados mostraram que os anos de estudo foram relacionados ao desempenho dos entrevistados no teste.

Já em relação ao tipo de escola frequentada o mesmo estudo (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013) apresenta que a maioria (76,1%) dos usuários que estudaram em escola pública são os que atingiram um limitado LS no teste, resultado discordante do presente estudo, pois os participantes que atingiram as menores médias ($35,00 \pm 15,281$) frequentaram escolas de ensino particular.

Tais resultados são confirmados em uma revisão integrativa de literatura que utilizou 11 artigos com o objetivo de revisar as produções científicas acerca da avaliação do letramento funcional em saúde em associação com a qualidade de vida e analisar metodologicamente os estudos observacionais sobre a temática, nessa pesquisa os autores relatam que na análise dos artigos quantitativos verifica-se que o baixo LS relacionou-se com a baixa escolaridade, idade mais avançada, baixa renda e ser do sexo masculino (ROCHA; LEMOS, 2016).

Além dessas associações observou-se uma significância com a situação laboral e o estado civil, uma vez que pacientes aposentados e viúvos apresentam médias de inadequado e limítrofe LS ($45,61 \pm 19,926$; $36,54 \pm 12,346$). O estudo de Seignemartin (2018), que o utilizou o instrumento *The Short Assessment of Health Literacy for Portuguesespeaking Adults* (SAHLPA-18) para obter o nível de LS, apresenta um resultado similar em relação a situação laboral, pois os indivíduos que estão aposentados ou afastados devido a doença incapacitante apresentam 4,05 (1,10 – 14,83 IC95%) vezes mais chances de LS inadequado em relação aos economicamente ativos, já quanto ao estado civil a pesquisa não apresenta resultados estatisticamente significativos.

Dessa forma, o baixo LS em pacientes com DM2 pode impossibilitar um adequado autocuidado e um gerenciamento de qualidade do tratamento, e assim prejudicar diretamente na compreensão e aquisição de práticas de saúde, bem como possibilitar o aumento e surgimento de complicações e incapacidades.

Partindo disso, é relevante que a abordagem do profissional de saúde frente aos pacientes com LS inadequado, seja realizada utilizando-se de tom de voz calmo; mantendo o contato visual no momento do atendimento; fazendo o uso de linguagem simples; pedindo para que o usuário explique o que entendeu das informações repassadas, caso o mesmo não consiga reproduzir a informação, deve-se utilizar de outro método de explicação; utilizando de perguntas abertas; salientando que a responsabilidade de transmitir a informação de maneira clara é dever do profissional, empregando tecnologias compatíveis com o entendimento do perfil do paciente atendido (HERSH; SALZMAN; SNYDERMAN, 2015).

Diante desses resultados verifica-se a importância do profissional de enfermagem na realização de ações que visem conhecer melhor as particularidades dos usuários, e assim intervir de forma eficaz e resolutiva junto aos problemas e limitações encontradas, possibilitando a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos através da sua participação ativa no tratamento.

7 CONCLUSÃO

O propósito deste estudo foi avaliar a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Assim, diante dos resultados expostos, os pacientes com diabetes mellitus tipo 2 investigados, demonstraram uma prevalência de inadequado letramento em saúde, apresentando maiores dificuldades no item de compreensão de leitura, e adequada adesão ao tratamento medicamentoso.

Quanto a associação com as variáveis sociodemográficas, verificou-se a importância dos profissionais de saúde da atenção básica buscar conhecer as características dos pacientes, e assim intervir de forma adequada, priorizando as particularidades dos usuários que possuem um LS inadequado, pois a maioria se encontram com uma idade mais avançada, viúvos, com menos anos de escolaridade, frequentaram ensino particular e aposentados.

Em relação à associação do LS com a adesão ao tratamento medicamentoso, percebeu-se resultados inesperados, pois os pacientes mesmo apresentando em sua maioria um LS inadequado, referem aderir à terapêutica medicamentosa, porém os participantes com um LS adequado apresentaram uma não aderentes ao tratamento medicamentoso.

Para justificar esse achado buscou-se analisar novamente as características sociodemográficas, partindo disso, estudos referem que pacientes com baixa escolaridade tentem a confiar e aderir de forma adequada às orientações dos profissionais de saúde, já os indivíduos com o LS adequado que foram em sua maioria os do sexo masculino, de menos idade e com maiores anos de escolaridade, tendem a serem descuidados, esquecidos e negligentes com o tratamento.

Além disso, a prevalência de uma adequada adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes, pode ser justificada também pela atuação dos profissionais de enfermagem nas ESF onde realizou o estudo, bem como de ações de pesquisa e extensão universitária realizadas por estudantes de saúde, que buscam abordar informações básicas sobre a doença, suas complicações, importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, ações de autocuidado, dentre outros conhecimentos pertinentes que contribuem para os pacientes aderirem de forma adequada ao tratamento.

Ademais, esse resultado pode ser atribuído às limitações presentes no instrumento utilizado para aferir o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, pois o mesmo investiga informações autorreferidas, que são influenciadas pelo viés da memória e os participantes podem alterar as respostas em função daquilo que julgarem mais adequado ou menos constrangedor. Dessa forma, percebe-se a necessidade da realização de pesquisas que

investiguem essas variáveis, buscando utilizar de instrumentos com perguntas mais específicas e que quantifiquem a frequência de adesão à terapêutica medicamentosa.

Quanto às dificuldades encontradas ao longo da pesquisa, pode-se citar a dificuldade de encontrar pessoas alfabetizadas para ler e responder aos questionários. No que concerne ao instrumento de LS observou-se a incompreensão do mesmo, isso porque os participantes desconheciam a realização do procedimento descrito nas perguntas, muitos associavam as perguntas a sua realidade, não entendendo que se tratava de uma simulação e que os itens não estavam relacionados aos mesmos, e não conseguiam responder todos os itens no tempo estimado. Partindo disso, percebe-se a necessidade da realização de estudos que busquem adaptar o instrumento de letramento em saúde para a realidade cultural local dos investigados.

Assim, destaca-se a importância deste trabalho, pois é bastante inovador por explorar um assunto pouco avaliado entre os pacientes com DM2, ainda é de fundamental importância para os profissionais de saúde, e em especial para os enfermeiros, uma vez que possibilita conhecer as dificuldades presentes nos pacientes, e promover práticas de saúde que se enquadram na realidade de cada indivíduo.

Contudo, ressalta-se a relevância do enfermeiro por ser um profissional de saúde fundamental para traçar o perfil da população da área em que está inserido, isso se torna possível porque o profissional de enfermagem possui uma relação direta com a comunidade, possibilitando assim identificar inicialmente as características definidoras dos principais grupos presentes em sua área de atuação, e a partir daí utilizar de tecnologias educativas adaptadas ao perfil dos usuários, garantindo assim um melhor envolvimento entre o profissional e o paciente, possibilitando a confiança e adesão às informações de saúde que são repassadas, proporcionando um tratamento adequado e conseqüentemente maior participação do usuário com DM2 no tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, n. suppl 1, p. s1-s128, 2017.

AMORIM, C. C.; PESSOA, F.S. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: acompanhamento longitudinal do idoso**. São Luís: UNA - SUS, 2014.

ARAÚJO, G. B. S, GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletr Enf [Internet]**, v8, p.259-72, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 08 set 2017.

BAINS, S.S; EGEDE, L. E. Associations Between Health Literacy, Diabetes Knowledge, Self-Care Behaviors, and Glycemic Control in a Low Income Population with Type 2 Diabetes. **DIABETES TECHNOLOGY & THERAPEUTICS**, v. 13, n. 3, 2011.

BAKER, D. W. et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns**, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999.

BARBA, E. L. et al. Medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: perspectives of patients, physicians and pharmacists on the Spanish health care system. **Patient Prefer Adherence**, v.11, p. 707–718, 2017.

BERTOLDI, A. D. et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Global Health**, v. 9, n. 62, 2013.

BOAS, L. C. G; FOSS-FREITAS, M. C; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 268-273, 2014.

BODIE, G. D.; DUTTA, M. J. Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. **Health Marketing Quarterly**, v. 25, n. 1-2, p. 175-203, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAZ, J. M. et al. Sintomas depressivos e adesão ao tratamento entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Rene**, v.13, n.5, p. 1092-1099, 2012.

CAPOCCIA, K; ODEGARD, P. S; LETASSY, N. Medication Adherence With Diabetes Medication. **Diabetes Educ.**, v. 42, n. 1, p. 34–71, 2016.

COLBERT, Alison M. **Functional Health Literacy, Medication-Taking Self-Efficacy And HIV Medication Adherence**. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2007.

CORTEZ, D.N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm.**, v.328, n.3, p.250-255, 2015.

COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n.2, 2017.

DELGADO A. B; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psic Saúde & Doenças**, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes *mellitus* em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009.

FARMER, K. - Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. **Clinical Therapeutics**, v.21, n.6, p. 1074-1090, 1999.

HERSH, L; SALZMAN, B; SNYDERMAN, D. Health Literacy in Primary Care. **Am Fam Physician.**,v. 92, n. 2, p. 118–24, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas** [Internet]. 7a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2015. Disponível em: <[http:// www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html](http://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html)>. Acesso em: 26 de abril de 2018.

_____. **IDF diabetes atlas**. 6th Ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: **The National Academics Press**, 2004.

_____. Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. Washington, DC: **The National Academies Press**; 2013.

JACONDINO, C. B. **Adesão ao ratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na Estratégia Saúde da Família**. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

LIMA, A. A. **O Cuidado e o Autocuidado de clientes com diabetes e seus familiares:**

Uso e administração de Insulina na Estratégia da Saúde da Família. Florianópolis-SC, 2014.

LIMA, T.M; SOLER, O; MENERS, M. M. M. A. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v.1. n. 2, p. 113-122, 2010.

MALTA, D. C. et al. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, suppl. 18, v. 2, p. 3-16, 2015.

MARAGNO C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso.** UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

MARAGNO, C. A. D; LUIZ, P .P .V. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão da literatura. **Revista Iniciação Científica**, v. 14, n. 1, 2016.

MARTINS, A. C. **Adesão à Terapêutica Medicamentosa em doentes com Diabetes Mellitus Tipo 2: um estudo no ACES Almada e Seixal.** Dissertação (Mestrado)- Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2014.

MARTINS, N. F. F. et al. Letramento funcional em saúde e adesão a medicação em idosos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 70, n. 4, p.904-911, jul-ago. 2017.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica.** 4ª ed. São Paulo. Atlas. p. 84. 2016.

MBAEZUE, N. et al. The Impact of Health Literacy on Self-Monitoring of Blood Glucose in Patients With Diabetes Receiving Care in an Inner-City Hospital. **J Natl Med Assoc**, v.102, n.1, p.5–9, 2010.

MORAES, K. L. **Conhecimento e letramento funcional em saúde de pacientes em tratamento pré-dialítico de um hospital de ensino,** 2014. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014.

MORISKY, D. et al. Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

MORRIS NS, MACLEAN CD, LITTENBERG B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. **BMC Fam Pract**, v.7, n. 49, 2006.

NURSS, J. R. et al. **Test of Functional Health Literacy in Adults.** Hartford: Peppercorn Books and Press, Inc, 1995.

NUTBEAM D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot Internation**, 2000.

PARKER, R.M et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J Gen Intern Med**, v. 10, n. 10, p. 537-41, 1995.

PASSAMAI, M. P. B. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.** [Thesis]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.

PASSAMAI, M. P. B; SAMPAIO, H. A. C; LIMA, J. W. O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde.** Fortaleza: EdUECE, 2013.

PENAFORTE, K. L. et al. Associação entre polifarmácia e adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com diabetes. **Rev Rene**, v. 18, n. 5, p. 631-638, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7ª ed. Artmed, 2011. 670 p. 2011.

RAMALHINHO, I. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva.** Contributo para o seu estudo. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa, 1994.

RIBEIRO, V. **Letramento no Brasil, reflexões a partir do INAF 2001.** 2ª ed São Paulo: Global; 2004.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13(Supl.), p. 703-10, 2008.

ROCHA, P. C; LEMOS, S.M.A. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC.**, v.18, n. 1, p.214-225, 2016.

SACCOMANN, I. C. R; SOUZA NETA, J. G; MARTINS, B. F. Fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 17, n. 1, p. 21 - 26, 2015.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015.

SANTOS, J. E. M. et al. Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 661-667, 2017.

SANTOS, L. T. M; BASTOS, M. G. Desenvolvimento de material educacional sobre doença renal crônica utilizando as melhores práticas em letramento em saúde. **J Bras Nefrol**, v. 39, n. 1, p. 55-58, 2017.

SANTOS, L.T.M. et al. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. **J Bras Nefrol**, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012.

SANTOS, M. I. P. O; POTELLA, M. R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 69, n.1, p. 156-164, jan-fev. 2016.

SCHYVE, P. M. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. **Journal of general internal medicine**, v. 22, n. 2, p. 360-361, 2007.

SEIGNEMARTIN, B. A. **Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentosos de pacientes diabéticos tipo 2 em um hospital terciário.** Campinas, 2018.

SHAW, J. E; SICREE, R. A; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 87, p. 4-14, 2010.

SHEA, S. et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. **American Journal of Public Health**, v. 12, p. 1607-1612, 1992.

SMITH, S. K. et al. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 12, p.1805-1812, 2009.

SOARES M. **Letramento um tema em três gêneros.** 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018).** São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SORENSEN, K. et al. Health liter-acy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística.** LTC: Rio de Janeiro, 1999.

WHITE, R. O. et al. Health literacy, physician trust, and diabetes-related self-care activities in Hispanics with limited resources. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 24, n. 4, p. 1756-1768, 2013.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES (WHCA). **Health literacy: part 2 Evidence and case studies.** 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** WHO, Annex I, p. 135-149, 2003.

_____. **Defining adherence.** WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

_____. **Diabetes.** Geneva: WHO, 2013.

_____. **Health promotion glossary.** Geneva: WHO, 1998.

_____. **The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneve: WHO, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICO**1. Sexo:**

- 1 () feminino
- 2 () masculino.

2. Idade (anos): _____ **Data de nascimento:** ____/____/____**3. Cor (auto referida):**

- 1 () branca
- 2 () negra
- 3 () amarela
- 4 () parda

4. Estado Civil:

- 1 () Casado(a) ou União estável
- 2 () Solteiro (a)
- 3 () Viúvo (a)
- 4 () Divorciado (a)

5. Anos de estudo: _____**6. Tipo de Escola Frequentada:**

- 1 () Pública
- 2 () Particular
- 3 () Outras

7. Situação laboral:

- 1 () Apenas estuda
- 2 () Estuda e trabalha
- 3 () Trabalha informalmente
- 4 () Trabalha formalmente
- 5 () Não trabalha
- 6 () Desempregado (a)
- 7 () Aposentado (a)

8. Hábito de Leitura:

- 1 () Jornal)
- 2 () Revista)
- 3 () Livros

4 () Outros

5 () Não gosta de ler

9. Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$: _____

ITENS		Quantidade de itens				
Produtos/serviços		0	1	2	3	≥ 4
Banheiro		0	3	7	10	14
Empregado doméstico		0	3	7	10	13
Automóveis		0	3	5	8	11
Microcomputador		0	3	6	8	11
Lava louça		0	3	6	6	6
Geladeira		0	2	3	5	5
Freezer		0	2	4	6	6
Lava roupa		0	2	4	6	6
DVD		0	1	3	4	6
Micro-ondas		0	2	4	4	4
Motocicleta		0	1	3	3	3
Secadora de roupa		0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO		Total=				
Grau de instrução do chefe Ou Responsável pela família		Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto (0) Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto (1) Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto (2) Médio completo/ Superior Incompleto (4) Superior Completo (7)				
PONTUAÇÃO		Total=				
Serviços públicos				Sim	Não	
		Água encanada		4	0	
		Rua pavimentada		2	0	
PONTUAÇÃO		Total=				
PONTUAÇÃO FINAL		Total final=				

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (2016)**10. Classe econômica:**

CLASSE	PONTOS
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva
Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 999728446
Email: robertavilarouca@yahoo.com.br

Pesquisadora Participante: Mariana Rodrigues da Rocha
Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9943688920
Email:mariana_rodrigues.rr@hotmail.com
Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa tem por objetivo principal avaliar a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2, e se justifica por possibilitar o conhecimento do nível de letramento em saúde dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2, para que os enfermeiros e demais profissionais de saúde possam promover intervenções que favoreçam a adesão aos tratamentos de saúde.

A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de exaustão durante a aplicação do instrumento, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores, no entanto, para minimizar estes riscos, será feita uma abordagem individual e em ambiente agradável e reservado para aplicação priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações.

Quanto aos benefícios, estão associados a aquisição de conhecimento, a respeito do paciente com diabetes mellitus tipo 2, e sua adesão ao tratamento medicamentoso, possibilitando o desenvolvimento e a implementação de estratégias educativas, com objetivo de melhorar a assistência prestada, e conseqüentemente, a qualidade de vida desse público.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- O Sr(a) não sofrerá desconforto físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.
- Será submetido(a) a aplicação de questionários com perguntas respondidas por escrito.
- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício.

- O Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.

- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

- O Sr.(a) tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.

- O Sr.(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.

- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, afim de atender os objetivos da pesquisa.

- O Sr. (a) será indenizado caso lhe aconteça algum dano durante sua participação na pesquisa.

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905. Bairro Junco, Picos – PI. CEP: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3003 - email: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes tipo 2”. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição de saúde.

Local e data: _____, ___/___/___.

Nome do sujeito:

Assinatura do sujeito:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ___/___/___.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905. Bairro Junco, Picos – PI. CEP: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3003 - email: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.

ANEXOS

ANEXO A – S-TOFHLA (PARKER et al., 1995)

Teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde (versão breve)

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (short version)

Instruções:**Compreensão de leitura:**

“ Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar aqui no hospital. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há 4 palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas palavras é a palavra que falta na frase, a que faz mais sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar. ”

(INERROMPER APÓS 7 MINUTOS)**TOFHLA (Compreensão da Leitura)**

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio X de _____.

- a) Estômago
- b) Diabetes
- c) Pontos
- d) Germes

Quando vier para o _____ você deve estar com o estômago _____.

- | | |
|-----------|------------|
| a) Livro | a) asma |
| b) Fiel | b) vazio |
| c) Raio X | c) incesto |
| d) Dormir | d) anemia |

O exame de Raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) Durar | a) camas |
| b) Ver | b) cabeças |
| c) Falar | c) horas |
| d) Olhar | d) dietas |

À VÉSPER DO DIA DO RAIOS X:

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta,

- a) Pequeno
- b) Caldo
- c) Ataque
- d) Náusea

torradas e geleia, com _____ ou chá.

- a) Lentas
- b) Café
- c) Cantar
- d) Pensamento

Após _____, você não deve _____nem beber

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| a) O minuto | a) Conhecer | a) Tudo |
| b) A meia-noite | b) Vir | b) Nada |
| c) Durante | c) Pedir | c) Cada |
| d) Antes | d) Comer | d) algum |

Até _____ o Raio X.

- a) Ter
- b) Ser
- c) Fazer
- d) Estar

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

- a) Consulta
- b) Caminho
- c) Café da manhã
- d) Clínica

Não _____, nem mesmo _____.

- | | |
|-----------|---------------|
| a) Dirija | a) Coração |
| b) Beba | b) Respiração |
| c) Vista | c) Água |
| d) Dose | d) Câncer |

Se você tiver alguma _____, ligue para _____de Raio X no n. 3222-2821.

- | | |
|-------------|-------------------|
| a) Resposta | a) o Departamento |
| b) Tarefa | b) disque |
| c) Região | c) a Farmácia |
| d) Pergunta | d) o Dental |

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber atendimento adequado neste hospital.

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

Eu _____que as informações que eu _____ao médico

- | | |
|---------------|---------------|
| a) Compreendo | a) provar |
| b) Sondo | b) arriscar |
| c) Envio | c) cumprir |
| d) Ganho | d) transmitir |

serão muito _____para permitir o correto _____.

- | | |
|--------------|----------|
| a) Proteínas | a) agudo |
|--------------|----------|

- b) Importantes
- c) Superficiais
- d) Numéricas

- b) hospital
- c) mioma
- d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- | | |
|---------------|--------------|
| a) Investigo | a) alteração |
| b) Entretenho | b) hormônio |
| c) Entendo | c) antiácido |
| d) Estabeleço | d) custo |

Minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento em que

- a) Três
- b) Um
- c) Cinco
- d) dez

tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

- | | |
|-----------|--------------|
| a) assim | a) alimentar |
| b) isto | b) ocupar |
| c) que | c) dispensar |
| d) do que | d) adaptar |

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| a) brilho | a) solicitar | a) contando |
| b) esquerdo | b) reciclar | b) lendo |
| c) errado | c) falhar | c) telefonando |
| d) direito | d) reparar | d) observando |

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

- | | |
|-------------|------------------|
| a) lavar | a) instruções |
| b) precisar | b) taxas |
| c) cobrir | c) hipoglicemias |
| d) medir | d) datas |

você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ Social.

- | | |
|-------------|------------|
| a) Relaxar | a) Tumor |
| b) Quebrar | b) Abdômen |
| c) Aspirar | c) Serviço |
| d) Procurar | d) Adulto |

Para _____ todas as suas _____.

- | | |
|----------------|----------------|
| a) Encobrir | a) pélvis |
| b) Esclarecer | b) dúvidas |
| c) Desconhecer | c) tomografias |
| d) Esperar | d) consoantes |

Item Numérico

Dar ao paciente um cartão para cada questão.

Ler cada questão e registrar a resposta.

Antes de apresentar o cartão 1: “Estas são instruções que podem ser dadas a você no hospital. Leia bem cada instrução. Farei perguntas sobre elas”.

Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor”.

(INTERROMPER APÓS 10 MINUTOS)

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 horas da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Data Fabric.: 10/07/04 Data Valid: 10/07/06

**Pac.: JOÃO CARLOS SILVA
Dr.: André Marques**

**Uso oral:
AMPICILINA 250 mg 40 cáps.**

Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas

Cartão 2: Se fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

Glicemia normal: 70 - 99

Sua glicemia hoje é de 120

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

CARTÃO DE CONSULTA		
CLÍNICA: Endocrinologia / Diabetes	LOCAL: 3.º andar	
Dia: Quinta-feira	Data: 2 de abril	HORÁRIO: 10:20 hs.
Marcado por:		
NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA		

Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria, toma-la?

Data Fabric.: 08/07/04	Valid.: 2 meses
Pac. JOÃO CARLOS SILVA	
Dr. André Marques	
Uso oral:	
DOXICICLINA 100 mg 20 cáps.	
Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio, uma hora antes ou 2 a 3 horas depois da refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.	

ANEXO B – MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO – MAT
(DELGADO; LIMA, 2001)

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1) Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?						
2) Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?						
3) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?						
4) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
7) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Cartão de avaliação da capacidade de leitura

“FECHE OS OLHOS”

FONTE: Retirado do MEEM.

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LETRAMENTO EM SAÚDE E ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO DIABETES TIPO 2

Pesquisador: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78524017.5.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.429.535

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "LETRAMENTO EM SAÚDE E ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO DIABETES TIPO 2", busca avaliar a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, a ser realizado com 162 pacientes de ambos os sexos com diabetes mellitus, cadastrados no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA, da cidade de Picos. Para a coleta de dados serão utilizados três instrumentos: um formulário que contempla 10 questões, referentes aos dados sociodemográficos. O segundo instrumento será a versão brasileira do instrumento Test of Functional Health Literacy In Adults, que avalia a capacidade de leitura e habilidades de numeramento, o qual medirá o nível de Letramento em saúde. O terceiro instrumento será a versão brasileira da Medida de Adesão aos Tratamentos, o qual é utilizado para avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos prescritos. A coleta de dados ocorrerá no período de janeiro a março de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso entre

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2-429.535

pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população a ser estudada quanto as variáveis sociodemográficas;
- Descrever os níveis de letramento em saúde e adesão à terapêutica medicamentosa da amostra;
- Avaliar a associação entre letramento em saúde e escolaridade;
- Relacionar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa e letramento em saúde com os dados sociodemográficos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os participantes do estudo estarão sujeitos a riscos mínimos, como exaustão durante a aplicação do instrumento, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a abordagem individual e ambiente agradável e reservado para aplicação priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Todas as perguntas serão respondidas por escrito sem a presença do entrevistador. Ressalta-se, ainda, que a coleta será previamente agendada, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios estão associados a aquisição de conhecimento, a respeito do paciente com DM2, e sua adesão ao tratamento medicamentoso, possibilitando o desenvolvimento e a implementação de estratégias educativas, com objetivo de melhorar a assistência prestada, e consequentemente, a qualidade de vida desse público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e encontra-se adequada aos preceitos éticos de estudos envolvendo seres humanos.

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOA

Telefone: (89)3423-3003

E-mail: cep-picoa@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 3-409-535

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Ficou recomendado em parecer anterior que a proponente:

1. Retirasse a expressão "sem a presença do pesquisador" no TCLE e Riscos (projeto completo e TCLE);
2. Retirar do TCLE que o participante não sofrerá desconforto psíquico considerando que nos riscos é prevista exaustão durante a aplicação do instrumento, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores;
3. Incluir nos critérios de Inclusão saber ler e ESCREVER.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proponente atendeu, na íntegra todas as recomendações

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1008614.pdf	05/12/2017 08:00:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2017 07:59:27	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	05/12/2017 07:59:12	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/12/2017 07:47:47	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	paracoleta.pdf	06/10/2017 07:44:20	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/10/2017 07:40:50	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	06/10/2017 07:40:27	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhad rostero.pdf	06/10/2017 07:40:04	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	06/10/2017 07:39:25	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	03/10/2017	Ana Roberta	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-870

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.429.535

Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16:54:39	Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	carta.pdf	03/10/2017 16:53:27	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	curriculo.pdf	03/10/2017 16:50:09	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:

LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 005

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-870

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cap-picos@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
- () Dissertação
- (x) Monografia
- () Artigo

Eu, **Mariana Rodrigues da Rocha**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI, 12 de julho de 2018.

Mariana Rodrigues da Rocha.

Assinatura

Mariana Rodrigues da Rocha.

Assinatura